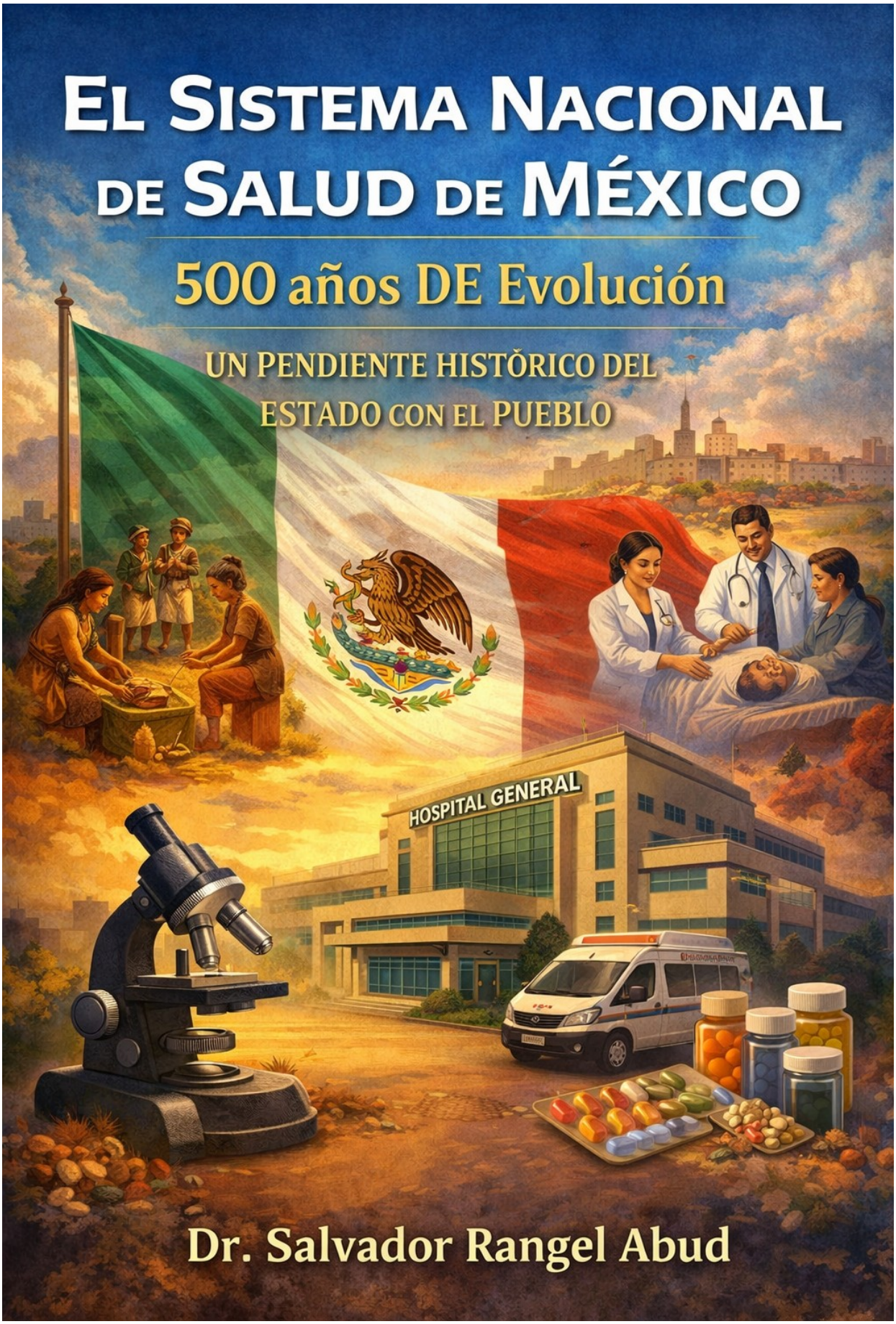
El Sistema Nacional de Salud de México

500 años DE Evolución

UN PENDIENTE HISTÓRICO DEL ESTADO CON EL PUEBLO



Dr. Salvador Rangel Abud

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE MEXICO

500 años DE Evolución

UN PENDIENTE HISTÓRICO DEL ESTADO CON EL PUEBLO

2024

Dr. Salvador Rangel Abud [(1)]

---

(1) Médico cirujano por la U.V., Maestro en Administración de Hospitales por la Escuela Nacional de Salud Pública con mención especial, Diplomado en Planeación del Recurso Físico en Salud por el CIESS de México y el CIRFS de Argentina con mención de honor, Doctorando en Ciencias de la Salud Pública en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública, fue Director de Asistencia Pública en Veracruz, en SESVER fue director de Planeación y Desarrollo, Director de Atención Médica, Director del Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón, Subdirector del Centro de Especialidades Médicas Dr. Rafael Lucio, Secretario Técnico del Consejo Estatal de Salud, Secretario Técnico de la Junta de Gobierno de SESVER, Secretario Técnico de la Comisión de Salud en Riesgos Sanitarios de la LXI Legislatura del Congreso de la Unión y docente e investigador de la U.V. durante 25 años.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a los pueblos del
mundo que merecen un sistema de
salud que resuelva sus necesidades
en forma pertinente, expedita y
congruente con sus derechos fundamentales...
y no en forma simulada, fingida y engañosa
como pretenden algunos gobiernos populistas

La imagen objetivo por la que se debe luchar
es de gran altura de miras y no de una
estatura mediocre y conformista...

Dr. Salvador Rangel Abud

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE MÉXICO
500 AÑOS DE EVOLUCIÓN

UN PENDIENTE HISTÓRICO DEL ESTADO CON EL PUEBLO

Autor: Dr. Salvador Rangel Abud

Año de publicación: 2024

País de publicación: México

Tipo de documento: Libro académico de investigación histórica y análisis de política pública

Idioma: Español

Editorial / Publisher: Publicación académica independiente del autor

Formato: Libro digital (PDF académico)

Extensión: Obra monográfica de análisis histórico–jurídico–estructural

Resumen académico (Abstract):
La presente obra constituye un análisis histórico, jurídico y estructural de la evolución del Sistema Nacional de Salud en México a lo largo de cinco siglos. El estudio examina las prácticas sanitarias prehispánicas, la organización hospitalaria colonial, la institucionalización posrevolucionaria y las reformas estructurales contemporáneas, incluyendo la descentralización, el Seguro Popular, el INSABI y las recientes transformaciones administrativas. Desde una perspectiva crítica fundamentada en la experiencia profesional del autor y en revisión bibliográfica especializada, se evalúan los desafíos de fragmentación, inequidad, financiamiento y gobernanza del sistema sanitario mexicano. La obra culmina con una propuesta técnica viable para la construcción de un sistema único y universal de aseguramiento en salud, orientado a la cobertura integral, equidad social, eficiencia administrativa y sostenibilidad financiera.

Palabras clave (Keywords):
Sistema Nacional de Salud; Salud Pública; Política Sanitaria; Historia de la Salud en México; Cobertura Universal; Administración de Servicios de Salud; Reforma del Estado; Gobernanza Sanitaria; Equidad en Salud; Financiamiento en Salud.

Áreas de conocimiento:
Salud Pública
Política Pública
Administración de Servicios de Salud
Historia de las Instituciones
Derecho Sanitario
Economía de la Salud

Clasificación temática sugerida:
Public Health
Health Policy
Health Systems Research
Latin American Studies
Public Administration

Cobertura geográfica: México

Cobertura temporal: Siglos XVI–XXI

Nivel académico del texto: Especializado / Investigación avanzada

Audiencia objetivo:
Investigadores en salud pública
Formuladores de política sanitaria
Académicos en administración pública
Estudiantes de posgrado en sistemas de salud
Funcionarios públicos del sector salud

Derechos:
© 2024 Salvador Rangel Abud. Todos los derechos reservados. Se autoriza la consulta digital para fines académicos y de investigación.

Fuente:
Manuscrito digital original del autor.

Notas para indexación internacional:
Obra de investigación independiente basada en experiencia profesional de 45 años en administración pública de salud en México y revisión bibliográfica histórica especializada. Apta para repositorios académicos, bibliotecas digitales universitarias e indexación en catálogos internacionales de libros científicos.

CONTENIDO

PREFACIO

CAPÍTULO 1.

1.1. Concepto de salud

1.2. La salud como necesidad básica del ser humano

1.3. La provisión de la salud a la población, una tarea de la salud pública

1.4. El Estado es responsable de la salud del pueblo

CAPÍTULO 2.

2.1. La historia de la atención a la salud en México

2.2. La salud de los pueblos originarios en la época prehispánica

2.3. La atención a la salud en la época colonial

2.4. Los hechos trascendentes en salud en el México independiente

2.5. La salud en el México que surgió de la revolución

2.6. El nacimiento de las instituciones y del sistema nacional de salud

2.7. El sistema de salud del México moderno

CAPITULO 3.

3.1. El cambio de paradigma del sistema de salud de México

3.2. La creación de una Institución fallida

3.3. El fin del INSABI y el inicio de una aberración jurídica

3.4. El enfrentamiento en México de las últimas pandemias

CAPITULO 4.

4.1. La situación actual del sistema de salud

4.2. La continuidad en el nuevo gobierno

CAPÍTULO 5.

5.1. Un sistema de salud único y universal.- Nuestra propuesta

5.2. Planteamiento general del cambio necesario

5.3. Los ajustes jurídicos que se requieren para alcanzar el objetivo

5.4. Pertinencia social de la propuesta

5.5. Equidad y cobertura universal

5.6. El financiamiento del Sistema Nacional de Aseguramiento en Salud

5.7. Amenazas y oportunidades

CAPÍTULO 6.

6.1. Conclusiones y consideraciones finales

CAPÍTULO 7.

7.1. El Sistema Nacional de Salud perfecto

BIBLIOGRAFÍA

PREFACIO

El 1 de abril de 1977 ingresé a los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Veracruz, luego de un proceso de selección de casi dos meses. Después del curso de capacitación salí seleccionado para ocupar un puesto en la Oficina Central como auxiliar de la subjefatura de atención materno infantil y planificación familiar.

Yo quería hacer especialización en cirugía cardiovascular, y al saber que mi trabajo sería de índole administrativa, me sentí un poco decepcionado, sin embargo asumí los hechos pensando que tendría tiempo para hacer realidad mi objetivo.

Me inicié participando en la atención de un brote de intoxicación alimentaria por enterotoxina estafilocócica, por contaminación de leche en la ciudad de Xalapa, y resultó ser una experiencia realmente educativa pues me hizo darme cuenta de la importancia que tiene la salud pública.

A los cuatro meses de haber ingresado a los servicios, me ofreció hacer un curso de Administración en Servicios de Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública, la Dra. Edit Rodríguez Romero, en ese tiempo Subjefa de la Institución. En un principio no me pareció una buena idea pues seguía teniendo en la cabeza la cirugía cardiovascular, pero al final me convenció y acepté.

Fueron cuatro meses de intensivos estudios con una práctica de campo que duró un mes y que hice en la localidad de San Francisco del Rincón, Guanajuato, y debo decir que después de haberme involucrarme en la Administración de la Salud Pública, quedé prendado de la disciplina, tanto así, que me olvidé de la cirugía cardiovascular y cambié mi aspiración para ahora querer hacer la Maestría en Administración de Hospitales en la misma Escuela de Salud Pública

Esa meta la logré dos años después, y en diciembre de 1979 estaba graduándome como Maestro en Administración de Hospitales con mención especial por el desempeño obtenido. Estos primeros pasos en el campo de la salud pública fueron los cimientos de una carrera de 45 años en mi amada Institución.

Ocupé cargos en casi todos los niveles, excepto el de Secretario de Salud del Estado de Veracruz, lo que significó para mí la mayor fuente de orgullo que alguien pueda tener en el ámbito profesional.

Mi experiencia se enriqueció cuando fui invitado como profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, donde fui maestro durante casi 25 años de diversas experiencias educativas.

Pude realizar diversos estudios de postgrado complementarios que me permitieron certificarme en Salud Pública y en Infectología Clínica, y realizar Diplomados varios en Planeación y Administración de la Salud, hasta llegar a ser becado por el CONACYT para realizar el Doctorado en Ciencias de la Salud Pública con énfasis en Sistemas de Salud, en el Instituto Nacional de Salud Pública, y aunque no pude titularme por un infarto que imprudentemente se cruzó en el camino, actualmente me siento profundamente orgulloso de haber logrado lo que pude en mi carrera.

A través de los años, siempre aspiré que mi país tuviera un Sistema de Salud Único, donde el 100% de los mexicanos tuviéramos derecho y acceso a los servicios de salud, en forma igualitaria, equitativa y con gran calidad.

Fui servidor público con 10 gobernadores del Estado de Veracruz y con 14 titulares de la Institución y llegué a ser el último Director General de Asistencia Pública del Estado y primer Coordinador General de Hospitales de la SSA, y cuando la vida me dio la oportunidad de ser Secretario Técnico de la Comisión de Salud en el área de riesgos sanitarios en la LXI Legislatura del Congreso de la Unión, vi de cerca la posibilidad de influir para lograr ese sueño de tener un Sistema único de salud en México.

Con la ayuda de mi equipo de trabajo, pudimos elaborar un proyecto de iniciativa de Ley que fue presentado en el pleno de la Cámara de Diputados, en relación con la construcción del *Sistema Único de Salud a través el*

Aseguramiento Universal, aunque sin que tuviera eco ese año de Dios de 2010.

No se pudo

Vaya pues la invitación implícita para que recordemos que los sueños… aunque sueños son, algunas veces pueden llegar a cumplirse, y por ello presentamos este documento de análisis histórico y de crítica para todos los regímenes habidos en el Estado mexicano, que no ha podido resolver aún el problema que representa un Sistema de Salud fragmentado, incompleto e inequitativo del que aún sufrimos los habitantes de este país, manteniéndose un gran pendiente con el pueblo al respecto.

Al final, este trabajo, plantea de manera viable y factible el establecimiento de un Sistema de Salud que, aun en las condiciones en las cuales nos encontramos, atendería las necesidades ingentes de los mexicanos, pudiendo alcanzar la cobertura universal integral de los servicios de salud. Y como epílogo de este trabajo proponemos mirar, con la mente abierta, un Sistema de Salud idóneo que permita a cualquier usuario de los servicios tener una expectativa tan amigable y útil, tal como aquí la planteamos y que satisfaría el añejo pendiente del Estado de proveer un Sistema de salud con cobertura universal, siendo gratuito, integral, oportuno, accesible, continuo, cálido, eficaz, eficiente, efectivo, equitativo, igualitario, y que verdaderamente produzca ese bienestar completo que un estado de salud contempla en cada persona integrante de la población de un país.

La invitación es que lean completo este documento, sin prejuicios, con altura de miras y con el ánimo de analizar cómo ha sido nuestro Sistema de Salud a través del tiempo, como es en los momentos actuales, y como podría ser a corto plazo, sin dejar de soñar de cómo podría ser en el MEJOR de los casos.

Gracias anticipadas a todo aquél que se introduzca en estas páginas y aguante la revisión hasta el final, pues tal vez cuando cierre la última página, llegue a estar de acuerdo con nosotros.

Dr. Salvador Rangel Abud.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE MÉXICO

UN PENDIENTE HISTÓRICO DEL ESTADO CON EL PUEBLO

"No necesitamos tener el mejor
sistema de salud del mundo... solo hay que
tener uno que nos cuide de verdad..."

Un mexicano

CAPÍTULO 1

Concepto de salud

Si vamos a hablar de la salud, debemos conocer un poco acerca de ella y de las particularidades que tiene para valorar su importancia en la vida de las personas. Para poder entender el concepto de *salud* es necesario determinar su naturaleza básica, y por eso a través de la historia se han planteado dos visiones primarias, una desde el punto de vista *negativista* que visualiza a la salud como la mera ausencia de enfermedad o como una disfuncionalidad, y que era la que predominaba en la antigüedad en la medicina tradicional centrada en el conocimiento de las enfermedades y estados patológicos, y la otra *positivista*, que concibe a la salud como un estado de bienestar desde todos los puntos de vista y que sobrepasa la pura idea de que estar sano es solamente no estar enfermo.

Enseguida presentamos una serie de enfoques y visiones del constructo conceptual de la salud, que han hecho al respecto varios autores de diversas

disciplinas del conocimiento, para que podamos entender mejor la complejidad de un mero término que parece sencillo de entender, pero que resulta ser una compleja maraña de posibilidades cognitivas.

El filósofo norteamericano Christopher Boorse planteó una interesante interpretación de la salud al afirmar que el solo hecho de concebirla como una ausencia de enfermedad, es una forma simplista de verla porque el enfoque se encuentra libre de la influencia de valores.

Por ello, él dijo que los elementos principales de la salud son la función biológica y la normalidad estadística en contraste con otras ideas sobre ella, ya que además de los daños ambientales en general, estar enfermo es un estado interno que deprime las capacidades funcionales por debajo de los niveles normales de la especie humana, es decir, la posibilidad de realizar todas las funciones fisiológicas con la eficiencia usual, lo que está tan libre de valores como las afirmaciones sobre la función biológica misma.

Por el contrario, su visión es que la salud está pletórica de valores y, por lo tanto, los juicios sobre la salud deben ser juicios prácticos sobre el tratamiento de los pacientes, o yendo más allá, representan un compromiso con el enfoque holístico y por ello, la teoría bioestadística que propone este autor es que la salud resulta del funcionamiento normal de acuerdo con el diseño biológico de la especie. (Boorse, C. 1977).

En la teoría normativa y holística del concepto de salud, los extremos (*salud y enfermedad*) no son términos solamente biológicos, psicológicos o sociales, sino que abarcan la totalidad de la persona y su entorno, pues afirma que la persona es la que se enferma y no el organismo solamente, por lo que debe entenderse que la salud de un individuo resulta ser su plena capacidad para alcanzar las metas que se propone durante toda su vida. (Nordenfelt, L. 1995)

Al respecto del debate entre los enfoques de Boorse y Nordenfelt, Thomas Schramme aborda todas las dimensiones que componen la salud, una física relacionada con el funcionamiento biológico y fisiológico del cuerpo, la mental que considera los aspectos cognitivos y emocionales, la social que toma en cuenta la capacidad de interactuar y funcionar en la sociedad, y hasta la espiritual que incluye aspectos existenciales y de sentido de la vida. (Schramme, T. 2007)

Para Canguilhem, filósofo y médico francés que tenía como concepto medular de su obra a la normatividad, la noción de salud se puede circunscribir a la capacidad que tiene el hombre de superar la enfermedad y los cambios del medio, creando sus propias normas para poder sentirse sano, al considerar paralelamente que lo patológico no debe entenderse solamente como encontrarse fuera de esas normas, pero si como una situación restringida, o como una norma de vida inferior al considerarse una reducción de la seguridad biológica inicial.

De esta forma, este autor concibe a la enfermedad como un "*comportamiento de valor negativo para un ser en lo individual, en lo concreto, en una relación de actividad polarizada con su medio"* (Canguilhem, Ch. 1943/1996, p. 150)*,* o, dicho de otra forma, afirma que estar enfermo es una expresión de la vida empobrecida por la pérdida de la capacidad de tolerar

desviaciones en las condiciones que le impone la existencia misma. Entonces, la salud para Canguilhem es el exceso de recursos que permite al hombre responder a los obstáculos que le presenta el entorno en el que habita, para ser resiliente a ellos y gozar de la vida abusando con impunidad de la propia salud.

Existe para él una discusión central entre la corriente que ubica a la salud como un concepto normativo y otro que solamente resulta descriptivo, pues uno argumenta que la salud implica juicios de valor sobre lo que es *bueno o deseable* para un organismo y el otro intenta definir la salud en términos objetivos y libres de valores basándose en criterios estadísticos o funcionales solamente. (Canguilhem, Ch. 1943)

Si volteamos a ver que dice la corriente de pensamiento llamada *relativismo cultural*, apreciamos inicialmente que su postulado es que cada cultura debe entenderse dentro de sus propios términos y remarca la imposibilidad de establecer un punto de vista único y universal en la interpretación de las culturas.

En relación con la salud, el relativismo cultural de Boas implica que las prácticas y creencias sobre la salud y la enfermedad deben ser comprendidas dentro del contexto cultural específico, sin imponer juicios de valor, pues lo que una cultura considera *saludable o enfermo* puede variar ampliamente en otras, y por lo mismo las intervenciones en salud deben respetar y adaptarse a las particularidades culturales de cada sociedad porque las variaciones tienen implicaciones importantes tanto para la práctica médica como para la emisión de las políticas de salud pública de esa sociedad. (Boas, F. (1982)

El enfoque ontológico de la salud también aborda la diferencia entre las visiones *holística y reduccionista*, pues la primera ve la salud como una propiedad emergente del organismo en su totalidad que no puede reducirse a sus partes constituyentes, y la segundo intenta explicar la salud en términos de procesos biológicos fundamentales. (Engel, G. L. (1977)

La naturaleza de la relación entre salud y enfermedad es otro tema ontológico crucial ya que se puede ver a la salud y la enfermedad como extremos de un espectro continuo o bien como estados cualitativamente distintos. A este respecto algunos teóricos han cuestionado la discusión dicotómica entre la salud y la enfermedad, argumentando que estos conceptos son un constructo social e histórico.

Uno de ellos fue Hacking al plantear que la salud y la enfermedad no son conceptos fijos y universales, sino que se construyen socialmente a través de prácticas y discursos, y afirma que existe una gran variación entre *lo sano y lo enfermo*, de acuerdo con el contexto histórico, cultural y político.

Los argumentos de su afirmación son que las categorías médicas y psiquiátricas no son neutrales, sino que reflejan determinadas concepciones sobre la normalidad y la patología que responden a intereses y valores sociales específicos. Por ello, la salud y la enfermedad no se reducen a hechos biológicos, sino que están incorporados de cierta forma en el ejercicio del poder, control y regulación de las poblaciones, y el desafío viene

a ser la comprensión de cómo se producen y se transforman históricamente los conceptos de salud y enfermedad, y cómo estos influyen en la experiencia, la subjetividad y las prácticas de los individuos y las comunidades.

Por ello, las clasificaciones médicas pueden afectar el comportamiento de las personas, lo que a su vez puede cambiar la naturaleza de la clasificación misma al ser *interactivas*. Estas ideas de Hacking son particularmente relevantes para nuestra discusión ontológica sobre la salud, ya que sugieren que cualquier definición de salud debe tener en cuenta no solo los aspectos biológicos, sino también los sociales e históricos. (Hacking, I. (1986)

La ontología de la salud siempre será un campo de debate activo, y las diferentes perspectivas continuarán teniendo grandes implicaciones para la práctica médica, la política de la salud pública y la bioética, pues a medida que nuestra comprensión de la biología humana y los determinantes sociales de la salud evolucionen, es probable que las concepciones de la salud continúen desarrollándose, reflejando tanto los avances científicos como los cambios en los valores sociales.

Todo esto nos obliga a plantear una gran cantidad de conclusiones provisionales sobre el tema de la salud, que nos servirán para las discusiones que presentamos más adelante a este respecto.

Entonces, la salud resulta ser, no simplemente la ausencia de enfermedad pues implica un estado positivo de bienestar. La salud es, por tanto, un estado objetivo como subjetivo, e incluye los aspectos físicos, pero también considera las dimensiones mentales, sociales y espirituales.

La salud es un concepto normativo que implica juicios de valor, aunque también puede definirse de manera puramente descriptiva, como un concepto universal que también está definido por la cultura de los diversos grupos sociales. Así, la salud se puede entender de manera holística, pero al mismo tiempo se puede ligar estrechamente con procesos biológicos fundamentales. La salud y la enfermedad son dos concepciones extremas de un continuo, aun cuando pertenecen aparentemente a categorías distintas.

Estas conclusiones parciales han sido objeto de intenso debate filosófico y científico, y por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llegado a la conclusión de definir operacionalmente a la salud como *"Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades",* lo que refleja una visión holística y positiva, y aun así esta definición ha sido criticada por algunos pensadores como Daniel Callahan que la ha cuestionado por ser demasiado amplia e idealista al considerar que el pretendido "*completo bienestar*" es prácticamente inalcanzable, y sostener que al incluir en la definición a las dimensiones sociales y mentales, la OMS medicaliza excesivamente algunos aspectos de la vida que deberían estar fuera del ámbito de la salud.

Por eso para Callahan, una definición más realista y acotada de salud debería centrarse en la capacidad funcional de las personas para llevar a cabo sus actividades cotidianas, sin necesidad de implicar un estado de *completo bienestar*. (Callahan, D. 1973).

Como corolario de todo este recorrido, nosotros pensamos que *la salud es un constructo abstracto que incluye sentirse bien en todos los aspectos de la vida y que nos permite enfrentarla con ánimo y decisión para alcanzar las metas que nos propongamos en un entorno social que nos sea favorable, y donde podamos incorporar el cuidado orgánico y funcional de nuestro ser físico y mental de manera responsable e integral, para poder disfrutar de nuestra existencia y de nuestros logros de manera plena.*

1.2. La salud como necesidad básica del ser humano

No podríamos iniciar un trabajo de revisión sobre cómo ha evolucionado el Sistema Nacional de Salud en México sin preguntarnos si debemos reconocer a la *salud* como una necesidad esencial del ser humano y de las sociedades que conforma, en especial la de nuestro país.

Sin duda que la respuesta parece afirmativa, pues desde un punto de vista puramente biológico, la salud debería considerarse una necesidad básica para la supervivencia y la reproducción, partiendo de la base de que un organismo saludable tiene mayores posibilidades de sobrevivir, reproducirse y, en el caso de los humanos, contribuir a la sociedad.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce a la salud como un derecho humano fundamental, lo que significa un evidente consenso internacional sobre la importancia crítica de la salud para la dignidad humana y el bienestar. Algunos teóricos como Maslow han incluido la salud en la base de la jerarquía de las necesidades humanas, junto con otras necesidades fisiológicas. Esto implica que la salud es una precondición para satisfacer necesidades de orden superior. (Maslow, A. H. 1943)

Los economistas han argumentado que la salud es un bien necesario cuya demanda aumenta con el ingreso, pero a una tasa menor, lo que sugiere que la salud al ser vista como una necesidad, puede variar en la escala de prioridades según las circunstancias económicas, habiendo quienes cuestionan la idea misma de "necesidad básica", argumentando que las necesidades son culturalmente relativas y socialmente construidas.

Desde esta perspectiva, la categorización de la salud como una necesidad básica podría ser vista como un producto de valores culturales específicos. El enfoque de capacidades de Nussbaum ve la salud no solo como una necesidad, sino como una capacidad fundamental que permite a las personas perseguir sus objetivos de vida. (Nussbaum, M. C. 2011)

Tras considerar estas diversas perspectivas, podemos afirmar que la salud sí constituye una necesidad básica del ser humano, aunque con algunos matices importantes, es decir, la salud es fundamental para la supervivencia y el funcionamiento biológico básico, lo que la coloca claramente en la categoría de necesidad básica desde una perspectiva biológica, pero el reconocimiento internacional de la salud como un derecho humano refuerza su estatus como necesidad básica desde una perspectiva social y política.

Viendo a la salud no solo como una necesidad en sí misma, sino también como una condición previa para satisfacer otras necesidades y desarrollar capacidades humanas más amplias, el concepto de *necesidad básica* podría

ser cuestionado, ya que, desde las perspectivas filosófica y cultural, la universalidad del valor atribuido a la salud en diversas sociedades y épocas sugiere su fundamental importancia para el ser humano. Por ello, la conceptualización de la salud como una necesidad básica tiene implicaciones significativas para la política pública y la organización social, justificando los esfuerzos colectivos para garantizar el acceso a la atención sanitaria.

En resumen, aunque el concepto de *necesidad básica* puede ser objeto de debate filosófico, la evidencia desde múltiples perspectivas apoya fuertemente la consideración de la salud como una necesidad fundamental para el ser humano, que resulta esencial para su bienestar, su dignidad y su capacidad de perseguir una vida plena. *Doyal, L., & Gough, I. (1984)*

En la filosofía existencialista de Jean-Paul Sartre, el concepto de necesidad se enmarca en su visión sobre la condición humana, pues para él no tenemos una *naturaleza* predeterminada, sino que nos definimos a nosotros mismos a través de nuestras propias elecciones y actos. Desde esta perspectiva, Sartre considera que las necesidades no son algo fijo o inmutable, sino que surgen de la libre proyección del individuo hacia el futuro.

Por ello, las necesidades emergen de la libertad y el proyecto de vida de cada uno y no de una supuesta naturaleza humana, pues no dejan de ser posibilidades del individuo para elegirlas y asumirlas como parte de su autodefinición. En este contexto, la necesidad se convierte entonces en una forma de trascendencia, en la cual el ser humano se proyecta hacia aquello que aún no es.

Sartre propuso que la necesidad es el origen de la praxis humana resultando inconcebible la praxis sin la necesidad, sin la trascendencia y sin el proyecto, pues afirmar que algo es necesario no agrega información real sobre la naturaleza de ese *algo*, y la negación de la existencia de la necesidad es una muestra del pensamiento existencialista que rechaza la idea de un determinismo absoluto, pues al negar la existencia de la necesidad, se afirma que no hay un destino predeterminado o una naturaleza fija que dicte nuestras acciones o nuestro ser.

Por ello, Sartre encapsula su visión existencialista de la condición humana y rechaza la idea tradicional de necesidad como determinismo, reemplazándola con una concepción de la necesidad como la condición misma de la libertad y del constante devenir que define la existencia y crea significado en un mundo que, según él, carece de un propósito inherente o predeterminado. (Sartre, J. P. (2007).

Adam Schaff propuso que las necesidades son influencias decisivas, sociales e históricas, generadas por la transformación de las formas de producción y de otros fenómenos sociales que provocan necesidades determinadas y, por tanto, condicionan los esfuerzos y acciones correspondientes que ofrecen un modelo dinámico de cambio en las sociedades.

Según su visión, los cambios en la forma en que producimos bienes y organizamos nuestra economía, junto con otros factores sociales, crean

nuevas necesidades que, a su vez, impulsan a las personas y a las sociedades a actuar de maneras específicas para satisfacerlas.

Este modelo nos ayuda a entender cómo los grandes cambios económicos (como la Revolución Industrial o la actual revolución digital, por ejemplo) no solo transforman la forma cómo producimos cosas, sino que también alteran fundamentalmente lo que necesitamos y la manera de actuar como sociedad. La perspectiva de Schaff nos invita a considerar cómo los cambios en nuestro sistema económico están creando nuevas necesidades en nuestra sociedad actual, y cómo estas necesidades están dando forma a nuestras acciones individuales y colectivas, en donde está incluida la conservación de una vida saludable en ambas esferas. (Schaff, 1964)

Este enfoque nos permite darnos cuenta, de que en efecto la necesidad es producto de la praxis, en un proceso social e histórico que condiciona su intensidad y características, y continuando en este contexto, podemos ver que habiendo sido la práctica de la medicina la forma más antigua para hacer frente a las dolencias, debe ser reconocida como una actividad necesaria para la humanidad en las diferentes sociedades del mundo, independientemente de su mecanismo de producción, sus regímenes políticos o sus estructuras sociales, y al margen de las formas de practicarla y de los medios utilizados para ello.

Y en la perspectiva de la población, aunque nadie querría gustosamente acudir con un practicante de la medicina, tal vez siempre exista en la vida de las personas uno o más momentos en que ha resultado, o resultará indispensable recurrir a quienes han asumido el papel de restauradores de la salud.

Y la salud pública llega entonces, para permitirnos reconocer que la preservación de la salud evitará muchas dolencias a un gran número de personas. Todo esto de acuerdo con el enfoque holístico del concepto salud.

Entonces, si las personas reconocen la necesidad de que existan quienes preserven y restauren su salud, parece obvio que deberá reconocerse entonces la legitimidad de la necesidad de la salud. Los seres humanos pues, identificamos al *medio para conservar la salud como una necesidad*, y hacemos extensiva esa identificación para no tener más remedio en aceptar que: *la salud es una necesidad* (Brock, D. W. (1988).

Pero debemos diferenciar si la salud resulta una necesidad individual, o bien una necesidad social, pues en la teoría general de las necesidades humanas, Heller afirma que una necesidad social no es la suma de las necesidades individuales pues las necesidades sociales tienen una estirpe diferente.

En efecto, en una colectividad humana, las necesidades del colectivo no necesariamente son reconocidas por cada uno de los integrantes, aunque la mayoría de las veces, cuando un fenómeno afecta a la mayor cantidad de los integrantes, se llega a decir que existe una necesidad social, simplemente como una suma de dolientes de una misma carencia que se magnifica hasta convertirlo en una verdad relativamente aceptada por todos.

Y es que las necesidades sociales tienen un origen y naturaleza distintas ya que surgen de la interacción entre individuos en un contexto social y cultural específico, estando además influenciadas por factores históricos, económicos y políticos que van más allá de las necesidades puramente individuales, siendo por ello cualitativamente diferentes de las individuales ya que emergen de la dinámica colectiva y no solo de la suma de los deseos individuales, y reflejando además, valores y aspiraciones compartidas que pueden trascender las necesidades inmediatas de los individuos, y pudiendo evolucionar y variar con el tiempo. (Heller, A. 1986)

Esta perspectiva sugiere que, para entender y abordar las necesidades sociales, es necesario un enfoque que considere la complejidad de las relaciones sociales y no se limite solamente a la agregación de necesidades individuales.

A riesgo de que haya quienes puedan pensar diferente, este trabajo reconoce a la salud como una necesidad en ambos contextos, tanto individual como social, pues la satisfacción de la salud individual como necesidad, proveerá de uno de los ingredientes en los niveles de bienestar de acuerdo con la percepción individual, y la atención de las necesidades sociales pretenderá incorporar un marco más integral de acciones que satisfagan las condiciones de vida de la población.

Y es que en última instancia, las condiciones de vida de una población, son las que pueden participar en la determinación de la enfermedad, incluidos en ello los elementos sociales y económicos de los medios de producción que tanto preocuparon a Marx al plantear su doctrina, sin querer con esta afirmación, hacer alguna crítica a las razones de esta corriente, ya que estamos de acuerdo con su teoría sobre el impacto de que las largas jornadas laborales, las condiciones de trabajo insalubres y la alienación resultante del proceso productivo conducen al deterioro físico y mental de la clase obrera. (Marx, K. 1867/1976)

Hacer reflexiones acerca del objeto y del sujeto de la necesidad para relacionarla con el deseo del que nace, parece a veces inútil cuando se ha reconocido que existen diferencias entre el tipo de necesidades. Parece obvia la conclusión de que la necesidad de estar sano podría derivar de otras necesidades básicas como el tener que comer, donde dormir, con que vestirse, de que vivir y muchas más de esta naturaleza, pudiera incluirse en las necesidades básicas.

Nosotros creemos que *es fundamental estar sano para sentirse bien*, pero tenemos que pensar que también parece *fundamental sentirse bien para estar sano*, lo que nos arroja una referencia claramente circular pero fácilmente entendible, pues con ello, podemos concluir que la salud es un estado de bienestar de todo tipo, derivado de un equilibrio entre un gran número de *factores interventores*, que deben ser controlados, y la manera como pueden controlarse es haciendo que cada individuo, así como cada población, *tenga los satisfactores que necesita y evite los factores de riesgo que puedan llegar a afectarle.*

Esto incorpora a los servicios públicos que requiere una colectividad para su vida en equilibrio social, y entre ellos los que atienden la salud de los individuos y las comunidades, por lo que hoy por hoy, juegan un papel sumamente importante en nuestras sociedades, los gobiernos que son responsables de proveerlos, independientemente de la forma en que sean suministrados a la población.

Entonces es obvio que la salud es un pilar fundamental para el desarrollo y bienestar de las comunidades humanas en todo el mundo, y trataremos a manera de resumen mencionar que una buena salud permite a las personas disfrutar plenamente de sus vidas, participar en actividades sociales y cumplir sus metas personales, además de hacer que las poblaciones saludables sean más productivas, lo que impulsa el crecimiento económico y reduce la carga sobre los sistemas de salud y seguridad social. Estamos convencidos que la salud en la infancia es crucial para el desarrollo físico y cognitivo, y que sienta las bases para un futuro feliz de las sociedades humanas en su vida adulta, así como en el caso de la salud de los adultos mayores que después de ser productivos, les permite gozar de una vejez con dignidad.

El acceso equitativo al cuidado de la salud de los individuos y de las comunidades con base en la atención a la salud, es un indicador de justicia social y contribuye a reducir las desigualdades. Las poblaciones saludables son más resilientes ante amenazas como pandemias o desastres naturales, pues las mejores condiciones de salud han aumentado la esperanza de vida en muchas partes del mundo, cambiando la demografía y las estructuras sociales.

La búsqueda de mejores resultados en salud impulsa la investigación y el desarrollo tecnológico pues las comunidades saludables tienden a ser más estables y cohesionadas. La salud pública está estrechamente relacionada con la salud del planeta, promoviendo prácticas sostenibles y finalmente podemos decir que la salud es un componente clave de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), reconociendo su papel central en el progreso mundial. (OMS).

En relación con los sistemas de salud que debe crear y administrar el Estado para cuidar la salud de sus integrantes, tenemos que analizar el mecanismo existente para ello.

1.3.La provisión de la salud a la población, una tarea de la salud pública

Las formas de suministro se servicios de salud, son estudiadas por diferentes disciplinas, entre ellas de manera muy importante la administración de la salud como ciencia social que pretende la conducción ordenada de las organizaciones tanto sociales como institucionales.

Es en este contexto, donde es posible identificar que, *preservar la salud de la población*, resulta ser *una herramienta de poder del Estado* hacia sus integrantes, pues para nadie está velado el proceso histórico donde son

reconocidas las instituciones públicas como órganos de control político, en el sentido más estricto.

Esta afirmación sugiere que las políticas y acciones del Estado dirigidas a la salud pública pueden ser vistas no solo como medidas benéficas, sino también como mecanismos de control social con un enfoque que alude al poder ejercido sobre la vida biológica de la población, donde las políticas de salud pública pueden ser interpretadas como una forma de control biopolítico. (Foucault, M. 2007)

Además los gobiernos ejercen un control social que a menudo implican regulaciones sobre el comportamiento individual en el ejercicio de la salud pública, como es el caso de las cuarentenas obligatorias, las vacunaciones masivas y otras disposiciones inducidas que pueden ser vistas como una forma de control estatal, eventos de los cuales los sistemas de salud pública requieren la recolección de datos sobre la población que pudiera ser percibida como una forma de vigilancia por parte del Gobierno, que legitima su poder al aludir la protección de la población para ser utilizada como justificación para expandir sus poderes, lo que puede causar tensión entre el bien común y la libertad individual, pues las medidas sanitarias a menudo generan debates sobre el equilibrio entre la seguridad colectiva y las libertades individuales. (Rose, N. 2007).

Por todo esto, la preservación de la salud de la población, aunque generalmente se considera una responsabilidad fundamental del Estado, puede ser analizada críticamente como un mecanismo de poder y control. Esta perspectiva no niega los beneficios de las políticas de salud pública, pero invita a examinar cómo estas políticas pueden ser utilizadas para expandir la autoridad estatal sobre la vida de los ciudadanos.

Es crucial mantener un equilibrio entre la necesidad de proteger la salud pública y el respeto a los derechos y libertades individuales, así como fomentar la transparencia y la participación ciudadana en la formulación de políticas de salud. (Esposito, R. 2008).

Esto complementa los campos de acción y los perfiles necesarios para encontrar varios tipos de sanitaristas que cubran las múltiples funciones esenciales de la salud pública, y tipificarlos de esta manera, resulta una tarea por demás trascendente ya que el interés que los países otorguen a la salud de sus pueblos depende en mucho de la labor de estas personas dedicadas a servir en una de las necesidades fundamentales de toda sociedad humana, como lo es la búsqueda del bienestar y la limitación del sufrimiento por los daños a su salud.

De alguna forma, todos los individuos dedicados al cuidado de la salud de las personas, pueden decir que son profesionales de la salud, pero solo hasta que tienen todos los conocimientos globales de los fenómenos variados que participan en los problemas de salud de la sociedad, podrán decir que son *profesionales de la salud pública*.

El pleno respeto para todas las especialidades en el campo de la división del conocimiento y del trabajo científico, es una base firme para voltear los ojos hacia aquella ciencia multidisciplinaria que coadyuva para que, en forma

organizada, se avance como sociedad en la búsqueda del bienestar y la reducción del riesgo y de los daños que es la salud pública.

Esta disciplina y sus seguidores convencidos incursionan, tanto en el terreno de la planeación estratégica, la gerencia y conducción de las instituciones, el trabajo científico y técnico, hasta el trabajo de campo y trabajo manual que la acerca a la sociedad, de cara a la mitad de un milenio que exige más a sus líderes.

Ese respeto a las especialidades es la base para afirmar que *no es posible* pedir a quienes se dedican al *cuidado de la salud de la población*, que tengan un *90% de lealtad* para quien los promueve y *solo un 10% de capacidad* para el cumplimiento de su trabajo, pues se estaría condenando al fracaso cualquier esfuerzo que pueda implementarse para cumplir con su cometido. Esta afirmación es cierta y la hizo el expresidente de México Andrés Manuel López Obrador en una conferencia de prensa en cadena nacional.

Nosotros estamos convencidos que l*os profesionales de la salud deben tener un 100% de capacidad para cumplir con su encargo*, y guardar su *lealtad solo para la población que depende de su trabajo*, pues la lealtad que piden los políticos depende precisamente de esa que se debe tener para con el pueblo al que se sirve, pues sirviendo al pueblo se cumple con un encargo, y al cumplir con un encargo se está cumpliendo por ende, con el compromiso con el político que le confirió ese encargo y se estará haciendo quedar bien a ese personaje que no tiene por qué entrometerse en el aspecto técnico de la misión que encomendó a los expertos.

Y por ello debemos reconocer que la Salud Pública debe encargarse del bienestar de la población, ya que esta disciplina multifacética se centra en la protección y mejora de la salud de las poblaciones a través de esfuerzos organizados del gobierno y decisiones informadas de la sociedad.

A diferencia de la medicina clínica, que se enfoca en el tratamiento individual de las enfermedades, la salud pública aborda los determinantes sociales, ambientales y conductuales de la salud a nivel poblacional, poniendo un fuerte énfasis en la prevención de enfermedades antes de que ocurran, que incluye conjuntos de acciones determinadas en el terreno de la promoción de la salud, la protección específica, la educación sobre estilos de vida saludables, las campañas de concienciación sobre temas de salud, la pesquisa y detección oportuna de enfermedades, la propuesta de políticas que fomentan entornos saludables, la elaboración de programas comunitarios que promueven el bienestar, la identificación temprana de brotes de enfermedades, el monitoreo de la efectividad de las intervenciones de salud pública, la planificación informada de servicios de salud y muchas otras acciones trascendentes de las que depende el bienestar individual y colectivo de una población, a través de un proceso complejo de planeación, organización, dirección, integración y control de las instituciones y unidades de servicio que se encargan de atender a la población en el cuidado de su salud, tanto individual como colectiva.

La salud pública juega un papel crucial en la formulación de políticas que afectan la salud de la población, debe intervenir frontalmente en la legislación sobre el control de los factores de riesgo que afectan a la salud, sobre las regulaciones de seguridad alimentaria y sobre las políticas de salud ambiental.

También debe trabajar para reducir las disparidades en salud abordando los determinantes sociales de la salud y garantizando el acceso equitativo a los servicios de salud con la implementación de intervenciones dirigidas a las poblaciones más vulnerables de manera prioritaria.

La pandemia de covid-19 nos mostró la enorme importancia que tiene para efectuar una detección temprana y respuesta rápida de brotes, en la trascendencia en la coordinación de esfuerzos nacionales e internacionales y la comunicación efectiva de riesgos.

También resulta fundamental para abordar la prevención ante los efectos nocivos del cambio climático, la resistencia antimicrobiana y los efectos devastadores de las enfermedades crónicas y degenerativas, participando de manera preponderante en los grandes retos de la población como lo es el bienestar en general, la disposición de agua limpia y saneamiento, el financiamiento suficiente, sostenible y oportuno de las acciones de salud pública ante la gran complejidad de los problemas de la modernidad y el desarrollo, el abatimiento de la desinformación y desconfianza en las instituciones de salud, en los avances técnicos y tecnológicos en la prestación de servicios para la salud y en análisis de datos y vigilancia de la información científica y estadística para la vigilancia epidemiológica, y en general prácticamente en todas las ramas de actividad de las sociedades humanas, animales y de biodiversidad y ambiente.

La salud pública es una disciplina fundamental para el bienestar de las sociedades modernas. Su enfoque en la prevención, la promoción de la salud y la equidad la convierte en una herramienta indispensable para mejorar la salud de las poblaciones. En un mundo que enfrenta desafíos de salud cada vez más complejos y globalizados, la importancia de la salud pública es de enorme trascendencia para el equilibrio del desarrollo humano.

La inversión en sistemas de salud pública robustos, la formación de profesionales capacitados y el fomento de la colaboración intersectorial son cruciales para construir sociedades más saludables y resilientes. A medida que avanzamos, la salud pública debe adaptarse continuamente, aprovechando las nuevas tecnologías y conocimientos, mientras mantiene su compromiso central con la equidad y la justicia en salud.

En última instancia, el fortalecimiento de la salud pública no solo mejora la salud de las poblaciones, sino que también contribuye al desarrollo sostenible, la estabilidad económica y la seguridad global. Por lo tanto, es imperativo que los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil reconozcan y apoyen el papel vital de la salud pública en la construcción de un futuro más saludable y equitativo para todos.

El *análisis de la evolución de los sistemas de salud que ha tenido nuestro país* está enfocado precisamente al papel que ha jugado el Estado a través

de su gobierno, para impactar positiva o negativamente en los niveles de salud y bienestar del pueblo.

Este trabajo pretende justamente ese objetivo, así que quien quiera bondadosamente concederle un tiempo para leerlo y juzgarlo, tenga por seguro que invertirá algunas horas, pero obtendrá un *panorama real y objetivo de cómo ha sido, cómo es, cómo proponemos que sea nuestro sistema de salud, y hasta cómo debiera ser idealmente para que la población acceda realmente a un estado pleno de seguridad y de bienestar*.

1.5. *El Estado es el responsable de la salud del pueblo*

Uno de los defensores más notables de la idea de que el Estado es responsable de la salud del pueblo, fue William Beveridge, un economista y reformador social británico famoso por su informe de 1942, conocido como el *Informe Beveridge*, donde fueron sentadas las bases para el establecimiento del Estado de Bienestar en Inglaterra después de la Segunda Guerra Mundial, incluyendo la creación del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, que ha sido uno de los que mejor han funcionado en el mundo.

En este informe, Beveridge argumentó que el Estado debe asumir la responsabilidad de proporcionar un sistema de salud integral y accesible para todos los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, planteamiento que revolucionó la administración de la salud en su tiempo y que continúa siendo influyente en las discusiones de políticas de salud pública en todo el mundo. (Beveridge, W. (1942).

Pero partamos primero de la concepción de *Estado* que resulte más asequible a nuestro entendimiento y que mejor ilustre el papel de este constructo social, y después de una revisión histórica encontramos que es la que dio Max Weber en su obra *Economía y Política*, al decir que *Estado* es una organización política de carácter permanente y basada en la existencia de instituciones, a través de las cuales su aparato administrativo ejerce con éxito el monopolio de la fuerza legítima para el mantenimiento del orden vigente.

Y es que en efecto, el Estado debemos verlo como una entidad política y soberana que ejerce autoridad sobre un territorio definido y su población, teniendo muchos elementos constitutivos como la disposición de un área geográfica delimitada sobre la cual esta institución ejerce su soberanía, teniendo una población en el cúmulo de habitantes que residen dentro de ese territorio, y una estructura de gobierno que lo administra y dirige, sustentando además, la potestad del poder supremo e independiente sobre ese territorio y los asuntos internos que conciernen a esa población. (Weber, M. 1977)

El concepto moderno de *Estado* surgió desde 1648 en Europa, con la firma de la llamada *Paz de Westfalia*, que fue el resultado de un hito histórico crucial, que puso fin a la Guerra de los Treinta Años en el Sacro Imperio Romano Germánico, y que ha sido tema de numerosos estudios en el campo de la política y la sociología.

La obra más citada al respecto ha sido sin duda la realizado por Gross, donde se plantea su significado histórico y las implicaciones duraderas que los tratados establecieron con los fundamentos del sistema moderno de *estados-nación* y del derecho internacional, introduciendo conceptos como la soberanía territorial y la no interferencia en los asuntos internos de otros estados. (Gross, L. (1948).

El fin de décadas de incontables guerras en Europa motivadas esencialmente por disputas religiosas y territoriales, permitió el establecimiento del concepto de soberanía nacional, y reconocimiento del derecho de cada estado a gobernar su territorio con el principio de no intervención, al promover la convicción de que todos los estados soberanos son iguales ante la ley internacional, al margen de su tamaño y poder, y reconociendo la libertad electiva de cultos religiosos en sus territorios. (Croxton, D. (1999).

El principio fundamental del derecho internacional y la libertad religiosa se atribuye ciertamente a Grocio, un jurista, filósofo y teólogo holandés del siglo XVII considerado uno de los padres fundadores del derecho internacional moderno. Él argumenta en su obra, en favor de la igualdad soberana de los estados y la libertad religiosa, sosteniendo que el derecho internacional debe aplicarse por igual a todos los estados, independientemente de su poder o tamaño.

Además, promovió la idea de que los estados debían respetar la libertad de culto dentro de sus territorios, siendo planteamientos revolucionarios para su tiempo que sentaron las bases para que muchos principios del derecho internacional moderno, incluida la noción de igualdad soberana que más tarde se consagraría en la Carta de las Naciones Unidas, fueran incorporadas en la definición de *derecho internacional*. (Grocio, H. (1625/1925)

Sin embargo, los orígenes del concepto de *Estado* se remontan a las llamadas *ciudades-estado*, por ejemplo, de la Grecia antigua y también a las estructuras feudales de la edad media, donde el poder se concentraba en la figura del monarca o señor feudal, en su caso, habiendo evolucionado ampliamente con el período de la Ilustración y las revoluciones liberales, que introdujeron conceptos como la separación de poderes y los derechos individuales.

Con el surgimiento del *Estado-Nación* en el siglo XIX que vinculó la identidad nacional al aparato estatal, y con el desarrollo de los estados de bienestar en el siglo XX que expandieron las funciones sociales del Estado, se revolucionó la teoría contractualista de Hobbes, Locke y Rousseau que establecieron que el estado surge de un contrato social entre los individuos para garantizar sus derechos y su seguridad. (Hobbes, T. 2013), (Locke, J. 2004) y (Rousseau, J.J. 1996)

Ya la teoría marxista estableció que el estado es un instrumento de dominación de clase que perpetúa las desigualdades económicas, y la teoría pluralista lo concibe como el árbitro entre los diversos grupos de interés de una sociedad.

Al margen de los elementos teóricos de su origen y su concepción filosófica, el *Estado* tiene funciones esenciales que se pueden resumir en la tenencia de la responsabilidad de la seguridad interna y externa, la administración de

la justicia, la regulación de la economía, la provisión de servicios públicos (entre ellos debe considerarse la salud), la representación internacional y muchas más de interés común entre la sociedad. (Marx, K. (1867/1976)

La organización del Estado enfrenta actualmente grandes desafíos en su hegemonía como rector del orden general en un territorio, como son la creciente interdependencia económica y cultural que desafía su soberanía tradicional, la existencia de organizaciones supranacionales que redefinen las relaciones entre los estados, la existencia de corporaciones multinacionales y organizaciones no gubernamentales que ganan influencia en asuntos tradicionalmente estatales, la gobernanza del mundo digital que plantea nuevos retos para la autoridad estatal y los problemas globales como el cambio climático que requieren de una cooperación decidida de tipo internacional, que trasciende las fronteras estatales.

Por todo esto, aunque el estado sigue siendo un concepto central en la organización política mundial, su naturaleza y funciones están en constante evolución y la tensión entre la soberanía nacional y la necesidad de cooperación global, así como los desafíos planteados por las nuevas tecnologías y los actores no estatales, continúan redefiniendo el papel del Estado en el siglo XXI. (*Poggi, G. (1990).*

En el caso de México, y en torno a nuestro tema medular, tenemos que la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, en el *Título primero, Capítulo I en relación con los derechos humanos y sus garantías*, dice en su *Artículo 4to*, en específico en el *párrafo 4* que: *“toda persona tiene derecho a la protección de la salud”* y que la Ley define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo dispuesto en la propia Constitución.

Bajo este precepto se considera por antonomasia que el *Estado es el responsable del cuidado de la salud de la población en la más amplia acepción que se tenga*, y que la provisión de este cuidado se debe realizar a través de un sistema nacional de salud, que en forma reglamentada le hayan sido creadas las instituciones necesarias para que brinde los espacios para el cumplimiento de esta atribución legal.

La responsabilidad del Estado en la salud pública es un tema crucial en México, un país caracterizado por su diversidad cultural, desigualdades socioeconómicas y desafíos en el sistema de salud. Por ello la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho a la protección de la salud, sentando las bases para la intervención estatal en este ámbito a través de la Ley General de Salud como instrumento regulatorio principal, y los programas nacionales de salud, como complementos operativos de cada régimen gubernamental, que definen prioridades y estrategias específicas.

Siendo el Estado el garante del derecho constitucional a la salud, debe tener la capacidad para movilizar recursos a gran escala y potencial para reducir desigualdades en el acceso a los servicios de salud para toda la población, incluyendo programas preventivos, curativos y rehabilitatorios, además de

vigilancia epidemiológica y respuesta a emergencias sanitarias, coordinando los esfuerzos para el control de las enfermedades crónicas.

Además, tiene la responsabilidad del establecimiento de estándares para la prestación de servicios de salud, de la regulación en la fabricación y suministro de medicamentos e insumos varios para la salud, así como de las tecnologías sanitarias y la supervisión de la formación de los recursos humanos diversos para la provisión de servicios de salud, tanto sustantivos como complementarios.

Es responsable de la conducción de campañas nacionales de prevención de daños a través de la protección específica, la promoción de estilos de vida saludables, la integración de la educación para la salud en el sistema educativo mexicano y del abordaje para la contención y mitigación de factores de riesgo físicos, biológicos y sociales para la salud.

Es responsable también de la planificación para el financiamiento de la investigación en salud pública, del desarrollo de capacidades para la innovación en salud y de la colaboración con instituciones académicas y científicas, en un sistema plural y diverso, en el que coexistan múltiples subsistemas de conformidad con las Leyes existentes, donde se consagra la protección de la salud de los diferentes grupos sociales de trabajadores y ciudadanos de este país, debiendo pugnar en todo momento por la limitación en las desigualdades que pudieran haber en la calidad y cantidad de los servicios, así como del acceso entre los subsistemas.

Es responsable de proponer las asignaciones presupuestales en el gasto público para el gobierno federal y las entidades federativas, de acuerdo con el Producto Interno Bruto (PIB) y de conformidad con los lineamientos para la programación y presupuestación en la materia, acordes con las necesidades detectadas de la población, procurando evitar en todo momento los altos gastos de bolsillo para las familias mexicanas, en especial con las más desprotegidas.

Debe evitar las disparidades en infraestructura y recursos humanos entre los Estados y debe estrechar las diferencias entre sí, de los indicadores de salud encontrados en las zonas urbanas y rurales, aprovechando las oportunidades y planteando estrategias que fortalezcan la atención primaria de la salud, la extensión de la cobertura de servicios básicos de salud sin perder de vista el enfoque preventivo de la salud a nivel comunitario.

Es responsable del avance hacia un *sistema único de salud* que mejore la coordinación entre los diversos subsistemas y niveles de atención, implementando mejoras constantes en las herramientas de información en salud, extendiendo el uso de la atención a distancia en zonas remotas del territorio nacional.

Es responsable de proponer la emisión de políticas intersectoriales para abordar problemas en la educación, la vivienda y el empleo como factores complementarios para una vida plena de bienestar físico, mental y social, debiendo colaborar con otros sectores gubernamentales y la sociedad civil para ello.

En síntesis, la responsabilidad del Estado mexicano en la salud pública es fundamental para garantizar el derecho a la salud de toda la población, pues a pesar de los avances logrados, persisten desafíos significativos que requieren una acción estatal decidida y sostenida.

El papel del Estado es crucial no solo en la prestación directa de servicios de salud, sino también en la regulación, financiación y coordinación del sistema de salud en su conjunto. La capacidad única del Estado para movilizar recursos, implementar políticas a gran escala y abordar las desigualdades en salud lo posiciona como el actor principal en la protección y promoción de la salud pública.

Mirando hacia el futuro, es imperativo que México continúe fortaleciendo su sistema de salud pública, aumentando la inversión en el sector, mejorando la eficiencia en la asignación de recursos y adaptándose a los cambiantes perfiles epidemiológicos y demográficos del país. El éxito en estos esfuerzos no solo mejorará la salud y el bienestar de la población mexicana, sino que también contribuirá al desarrollo económico y social del país.

La salud pública es un bien común que requiere el compromiso y la acción colectiva. El Estado mexicano, como representante de la voluntad colectiva y garante de los derechos fundamentales, tiene la responsabilidad ineludible de liderar estos esfuerzos, asegurando que cada ciudadano, independientemente de su condición socioeconómica o ubicación geográfica, tenga acceso a una atención de salud de calidad y a las condiciones necesarias para una vida saludable.

Y esta afirmación se corrobora al revisar concienzudamente el análisis histórico que haremos de su evolución como necesidad social, que insistimos es atribución constitucional del Estado mexicano, y que veremos con un enfoque lineal en el tiempo analizando brevemente el comportamiento de la atención a la salud en nuestro país, aún desde antes de llamarse México.

CAPITULO 2.

2.1. La historia de la atención a la salud en México

La historia de la atención a la salud en México es extensa y compleja. Aquí la abordaremos desde las prácticas médicas prehispánicas hasta el sistema de salud moderno, presentando los elementos evolutivos más trascendentes de los periodos que operacionalmente consideramos más relevantes en un inicio y que trataremos con más amplitud en adelante.

La época prehispánica que limitamos hasta 1521, donde las civilizaciones mesoamericanas, como los aztecas y mayas en el territorio que hoy es México, tenían sistemas de salud basados en una mezcla de conocimientos empíricos, prácticas rituales y uso de plantas medicinales, donde los curanderos y chamanes jugaban un papel fundamental en la atención a su salud.

La época colonial de 1521 a 1821 en la que, con la llegada de los españoles, se introdujeron tanto nuevas enfermedades como prácticas médicas europeas. Se establecieron los primeros hospitales, y la medicina indígena y la europea coexistieron, aunque la segunda fue ganando predominancia.

El México Independiente de 1821 a 1910, cuando se crearon las primeras instituciones de salud pública y se empezaron a implementar medidas de higiene pública y control de epidemias.

El periodo post revolucionario de 1910 a 1943 que trajo consigo la idea de que la salud era un derecho social y que vio en 1917 el nacimiento de una nueva Constitución que ya incluyó aspectos relacionados con la salud pública.

El México Institucional que desarrollo un Sistema de Salud Moderno de 1943 a 1982 y que vio la expansión de la cobertura de salud con las instituciones de seguridad social y con la implementación de programas de vacunación masiva y de mejoramiento de la infraestructura sanitaria.

La etapa de la crisis económica de México y la reforma del Estado de 1982 al 2000 cuando se estableció el derecho a la protección de la salud en la Constitución, se inició el proceso de descentralización administrativa a las entidades federativas y se implementaron modificaciones constitucionales y a las Leyes secundarias para mejorar la eficacia del sistema de salud.

La época moderna del siglo XXI a partir del año 2000 en que se realizaron esfuerzos encomiables para alcanzar la cobertura universal de salud con el Seguro Popular y donde se han enfrentado nuevos desafíos como el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles y, más recientemente, las pandemias de influenza AH1N1 en 2009 y de COVID-19 de 2020 a 2023.

A lo largo de esta historia, México ha logrado avances significativos en la atención a la salud, aunque aún enfrenta desafíos importantes como la

desigualdad en el acceso a servicios de salud, la insuficiente calidad de la atención y la escasa sostenibilidad financiera del sistema, y en los últimos años, la influencia de un acontecer político de tipo populista que ha lastimado la operatividad del sistema nacional de salud y extinguido mucho de lo obtenido en lapsos anteriores, para substituirlo por aberraciones legales y administrativas que no han dado buenos resultados, provocando un retroceso en los indicadores de salud de nuestro país. (Álvarez Amézquita, J., Bustamante, M. E., López Picazos, A., & Fernández del Castillo, F. (1960).

Pero regresemos al inicio de esta secuencia esquemática para ahondar un poco más en los pormenores de cada una de las épocas señaladas, en relación con la salud del pueblo de México.

2.2. La salud de los pueblos originarios en la época prehispánica

La cosmovisión de la salud en los pueblos prehispánicos de México estaba profundamente arraigada en las comunidades indígenas, que ostentaban una comprensión holística del universo y el papel del ser humano en este. Esta visión integraba aspectos físicos, espirituales, sociales y ambientales en su concepción de la salud y la enfermedad, la cual la entendían como un estado de equilibrio entre fuerzas opuestas con conceptos ilustrativos como frío-calor, luz-oscuridad etc.

Veían al cuerpo humano como un microcosmos que reflejaba el orden del universo y cada parte de su humanidad se relacionaba con elementos astronómicos y astrológicos, teniendo además la creencia de que existían algunas fuerzas vitales que debían estar en equilibrio pues intervenían decididamente en la salud de los habitantes, lo que resultaba fundamental para mantener el bienestar que dependía de eso.

Consideraban que las enfermedades podían ser causadas por entes divinos, espíritus malignos o que derivaban de las transgresiones morales en que incurrían, y por ello su curación a menudo implicaba aplacar a estas entidades al considerar que esas deidades estaban asociadas con los males que los aquejaban en forma específica, por lo que su curación debía suceder solamente recurriendo a menudo a la invocación de dichos entes para obtener su perdón y ganar su beneplácito.

Para ellos mantener una relación armoniosa con el entorno natural era crucial para la salud individual y colectiva, creyendo que los ciclos calendáricos influían en la salud, debiendo tomar en cuenta determinados momentos como *propicios* para algunos tratamientos específicos.

La salud individual estaba ligada al bienestar de la comunidad, y el cumplimiento de los roles sociales se consideraba importante para la salud general ya que los tratamientos a menudo combinaban remedios herbolarios con ritos espirituales sin que hubiera una distinción clara entre ellos.

La cosmovisión de la salud en los pueblos prehispánicos de México era compleja y multifacética, reflejando una comprensión profunda de la interconexión entre el ser humano, la naturaleza y el cosmos. Esta visión holística sigue aun influyendo en algunas prácticas de la medicina tradicional en México hasta el día de hoy.

En el terreno operativo, la salud de todos los pueblos originarios de México dependía de la práctica de la medicina mágica, tradicional y herbolaria, siendo proveída por brujos, curanderos y yerberos, que eran los responsables del cuidado de la salud de la población tanto de nobles como de vasallos en los diferentes reinos existentes.

Desarrollaron un extenso conocimiento sobre las propiedades medicinales de las plantas. Por ejemplo, los aztecas clasificaban las plantas según sus efectos terapéuticos y las condiciones que trataban. Utilizaban la hierba llamada *pericón* para diversos problemas digestivos como dolor de estómago, diarrea, disentería, parasitosis, flatulencia, vómito, empacho y tifoidea. En ocasiones también lo usaban para el sistema respiratorio como remedio para la tos, resfriados y asma, y hasta para el aparato circulatorio en el caso de las varices. La hierba de pollo la empleaban como un antihemorrágico, y el epazote como antiparasitario, por poner tan solo unos cuantos ejemplos de su farmacopea naturista.

Además, usaban el temazcal como baño de vapor ritual, aún practicado hoy en día con múltiples propósitos, tal como se acostumbraba en el México prehispánico, usándolo para purificación física y espiritual, para el alivio de dolores musculares y articulares, para el tratamiento de enfermedades respiratorias, para los cuidados pre y postnatales entre otros. (Guzmán Urióstegui, J. 2008)

En el terreno de la nutrición, hay que señalar que la dieta mesoamericana estaba basada en *la milpa*, como un sistema de cultivo que incluía maíz, frijoles y calabaza. Esta combinación proporcionaba un aporte nutricional completo, pero adicionalmente consumían una gran variedad de frutas, hierbas silvestres y verduras, siendo escaso el consumo de carne que estaba limitado a la ingesta de guajolote, pescado y algunos insectos ricos en proteínas.

Además de tener una dieta balanceada, practicaban en forma regular el ejercicio físico y la purificación con el temazcal, observando algunas prácticas rituales para mantener la armonía con las fuerzas naturales que ellos reconocían, manteniendo el uso de la llamada *medicina mágica,* considerando que estaban convencidos de que la salud derivaba de un estado de equilibrio entre fuerzas naturales y sobrenaturales.

Los aztecas, por ejemplo, creían que las enfermedades podían ser causadas por desequilibrios en el *tonalli* (que para ellos era la fuerza vital), y como ya se dijo, hasta por transgresiones morales o religiosas y por influencias astrológicas negativas. Por todo esto, el rol de curanderos y chamanes era fundamental ya que estos practicantes combinaban conocimientos médicos, botánicos y espirituales.

Las funciones de estos personajes incluían el diagnóstico a través de la observación y técnicas adivinatorias, basando el tratamiento en el uso de hierbas, rituales y manipulaciones físicas, actuando como intermediarios entre el mundo físico y el espiritual.

En el campo de la higiene y la salud pública, algunas culturas como los aztecas, tenían prácticas avanzadas de higiene pública al contar con

sistemas de acueductos y drenaje en las grandes ciudades, baños públicos y letrinas, barrenderos que mantenían limpias las calles, por lo que en conjunto podemos decir que estaban convencidos de la necesidad de mantener el equilibrio corporal y espiritual para prevenir enfermedades, sin despreciar la limpieza, las medidas sanitarias ya mencionadas y el orden interno de cada individuo. (Viesca-Treviño, C. 2018).

Tenían un gran conocimiento astronómico y los calendarios mesoamericanos, como el tonalpohualli azteca, que usaban para determinar los días propicios para ciertos tratamientos, para predecir periodos de posible enfermedad y para guiar prácticas agrícolas que afectaban la nutrición.

Estas prácticas variaban entre los diferentes pueblos y regiones de México, y muchas de ellas han evolucionado o se han sincretizado con la medicina occidental a lo largo del tiempo. Sin embargo, algunas de estas tradiciones persisten en comunidades indígenas contemporáneas y han influido en la medicina tradicional mexicana actual. (Torres Vaca, F.J. 2014)

2.3. La atención a la salud en la época colonial

La atención a la salud que encontró Hernán Cortés en 1519 se basaba en un sistema médico integral, que compilaba el saber de las enfermedades y sus tratamientos, acumulado a lo largo de por lo menos dos mil quinientos años. Los aztecas habían heredado ese conocimiento y habían contribuido a su desarrollo, por lo que estaba vigente en el trasfondo de Mesoamérica.

Las referencias históricas en relación con la medicina de los conquistadores y los conquistados se ha estudiado suficiente para saber que los médicos europeos no estuvieron presentes en los primeros años de la colonia, y que la vigencia de los médicos mexicas que podían ser tanto hombres como mujeres, y que se encontraban en cualquier lugar urbano o rural (llamados *titici*) para la atención de las enfermedades de la mayor parte de la población indígena, mestiza y criolla, se mantuvo hasta que se pudo dar la conversión de su medicina en un curanderismo que permitió la supervivencia de un sinnúmero de estrategias relacionadas con las medicinas tradicionales contemporáneas.

Así las cosas, la medicina náhuatl constituyó un sistema integral de conocimientos acerca de la salud y la enfermedad, así como de la manera de abordar los problemas relacionados con ellas, con una cosmogonía rica en posibilidades que se ofrecían al nuevo mundo, pero que se vio restringida por la influencia de la conquista española y la imposición de un sistema diferente de pensamiento.

Con la llegada de los españoles a nuestro territorio comenzó el fenómeno de transculturación en general de los pueblos originarios, incluyendo lo correspondiente a la atención a la salud, y a pesar de la prevalencia de la medicina tradicional, ya para 1524 se había creado el hospital de “Jesús de Nazareth” que es considerado el hospital más antiguo del continente americano y que ha funcionado de manera ininterrumpida desde su fundación. Su historia se remonta a los primeros años de la conquista de

México y está íntimamente ligada a la figura de Hernán Cortés, pues fue fundado poco después de la caída de la Gran Tenochtitlán, y aunque la fecha exacta es objeto de debate entre los historiadores, se acepta generalmente que fue entre 1524 y 1526.

El hospital se estableció en el mismo lugar donde, según la tradición, Cortés y Moctezuma se encontraron por primera vez, que es hoy el centro histórico de la Ciudad de México, en la intersección de las actuales calles de República de El Salvador y Pino Suárez. La construcción inicial fue modesta, probablemente de adobe y madera, pero con el tiempo se fue ampliando y mejorando.

El propósito original del hospital era atender a los soldados españoles heridos y enfermos, así como a los indígenas conversos. Con el tiempo, se convirtió en un hospital general que atendía a toda la población, sin distinción de raza o condición social y Cortés dejó instrucciones precisas en su testamento para el mantenimiento y administración del hospital a través de un patronato al cual dejó las rentas de sus propiedades para su sostenimiento.

Esta estructura administrativa permitió que el hospital continuara funcionando incluso después de la muerte de Cortés y por ello a lo largo de los siglos, el Hospital de Jesús ha evolucionado constantemente. En sus primeros años, ofrecía servicios básicos de atención médica y cuidados paliativos, pero con el tiempo, se convirtió en un centro de enseñanza médica y fue pionero en la implementación de nuevas técnicas y tratamientos en la Nueva España.

El hospital ha sido testigo de numerosos eventos históricos, y durante la época colonial fue un importante centro de atención médica y formación de médicos. En el siglo XIX, jugó un papel crucial durante las epidemias que azotaron la ciudad, siendo de igual forma un escenario muy importante de avances médicos significativos, como la primera aplicación de una anestesia en México, pero que sucedió hasta 1847. (Fajardo, G. (2004).

El edificio actual del hospital, que data principalmente del siglo XVIII, es un ejemplo sobresaliente de la arquitectura colonial mexicana, combinando elementos barrocos y neoclásicos, habiendo sido objeto de varias restauraciones a lo largo de los siglos. Hoy en día, el Hospital de Jesús sigue funcionando como un hospital general, ofreciendo servicios médicos a la población. También alberga un museo que exhibe objetos históricos relacionados con su fundación y desarrollo, incluyendo los restos de Hernán Cortés.

El Hospital de Jesús no solo es importante por su longevidad, sino también por su papel en el desarrollo de la medicina en México. Ha sido un centro de innovación médica, educación y atención a la comunidad durante casi 500 años, lo que lo convierte en una institución única en América, aunque ha enfrentado numerosos desafíos, incluyendo problemas financieros, cambios políticos y discusiones sobre su administración. Sus fuertes vínculos con Hernán Cortés también han sido objeto de controversia, especialmente en el contexto de los debates sobre el legado colonial en México.

El Hospital de Jesús representa un hito en la historia de la medicina en América y un testimonio de la compleja relación entre el pasado colonial de México y su presente. Su persistencia a través de los siglos lo convierte en un símbolo de continuidad histórica y adaptabilidad institucional. (Muriel, J. (1990).

El aporte de Hernán Cortés a la salud pública en la Nueva España fue significativo pero complejo, caracterizado por una dualidad de impactos positivos y negativos, ya que si bien estableció el primer hospital en América continental, sentando un precedente importante que facilitó la llegada de médicos y prácticas médicas europeas, e implementando medidas básicas de saneamiento urbano en la Ciudad de México, también resulta ser un sitio donde sucedieron hechos devastadores para la población indígena, ya que la llegada de los europeos trajo consigo enfermedades que causaron una catástrofe demográfica entre los nativos, y la introducción de la medicina europea a menudo se hizo a expensas de los saberes médicos indígenas, por lo que el legado de Cortés en la salud pública es un tanto dual, pues mientras estableció instituciones importantes e introdujo nuevas prácticas médicas, estas acciones no pueden separarse del contexto más amplio de la conquista y sus consecuencias negativas para la salud de la población nativa. Por tanto, su contribución debe ser entendida como parte de un proceso histórico complejo que transformó radicalmente las estructuras de salud y sociedad en lo que se convertiría en la Nueva España. (Gómez Dantés, O.; Frenk, J 2020)

Posterior a este hospital, surgieron otros como el de San Lázaro, fundado por el Doctor Pedro López que fue una de las instituciones médicas más importantes en el México colonial temprano. Su historia está estrechamente ligada al desarrollo de la atención médica en la Nueva España y al tratamiento de enfermedades específicas.

El Dr. Pedro López fue un médico español que llegó a la Nueva España en la década de 1550 y fue uno de los pioneros de la medicina en México conocido por su dedicación al cuidado de los más necesitados. Además del Hospital de San Lázaro, López también fundó el Hospital de San Juan de Dios (originalmente llamado Hospital de la Epifanía).

El Hospital de San Lázaro fue fundado alrededor de 1572 para atender a pacientes con lepra (enfermedad de Hansen) que en ese tiempo se consideraba en extremo contagiosa, siendo los pacientes frecuentemente marginados y excluidos de la sociedad, por lo que este hospital cumplía una función social crucial. El hospital se estableció en el barrio de Tlaxpana, en las afueras de la Ciudad de México de aquel entonces, y su ubicación respondía a la creencia de que era necesario aislar a los enfermos de lepra del resto de la población.

El hospital contaba con salas separadas para hombres y mujeres, una capilla y áreas para el personal médico y de servicio. Pedro López no solo fundó el hospital, sino que también se encargó de su administración y atención médica durante muchos años y como muchas instituciones de caridad de la época, el Hospital de San Lázaro dependía en gran medida de las donaciones altruistas tanto de españoles como de criollos esencialmente. Pedro López

utilizó parte de su fortuna personal para establecer y mantener el hospital, aunque también recibió apoyo de la Corona española.

Aunque los tratamientos de la época para la lepra eran limitados, el hospital de San Lázaro fue pionero en proporcionar cuidados paliativos y en mejorar la calidad de vida de los pacientes. Pedro López implementó prácticas de higiene avanzadas para su tiempo y experimentó con diversos tratamientos.

El Hospital de San Lázaro no solo proporcionaba atención médica, sino que también ofrecía un refugio para personas que de otra manera habrían sido completamente marginadas por la sociedad. Esto representó un avance significativo en términos de atención humanitaria en la Nueva España. La fundación del Hospital de San Lázaro sentó un precedente importante en el cuidado especializado de enfermedades específicas en México. Aunque el hospital original ya no existe, su legado perdura en la historia de la medicina mexicana.

A lo largo de su historia, el hospital enfrentó numerosos desafíos, incluyendo dificultades financieras y cambios en la administración. Con el tiempo, y a medida que el entendimiento de la lepra evolucionó, la función del hospital también cambió, pero este hospital representa un hito importante en la historia de la salud pública en México pues su existencia refleja tanto los desafíos médicos de la época colonial como los esfuerzos humanitarios de figuras como Pedro López para abordar estos desafíos. (Rodríguez-Sala, M. L. (2005).

El Hospital Real de los Naturales fue fundado por Fray Pedro de Gante, un misionero franciscano flamenco, que se dedicó intensamente a la educación y evangelización de los indígenas, siendo reconocido como una de las figuras más importantes en la historia temprana de la Nueva España. El hospital al parecer fue fundado alrededor de 1531 comenzando como una pequeña enfermería adjunta a la escuela que De Gante había establecido para los indígenas. Tuvo el propósito de atender a la población indígena de la Ciudad de México y sus alrededores, en una época en que las enfermedades europeas estaban diezmando a la población nativa, este hospital jugó un papel crucial en la atención y supervivencia de los indígenas al haber sido una institución médica fundamental en la historia de la atención a la salud en el México colonial, ya que su fundación y desarrollo están estrechamente ligados a los primeros años de la Nueva España y al proceso de evangelización y aculturación de los pueblos indígenas.

El hospital se estableció en el centro de la Ciudad de México, cerca de la actual Plaza del Zócalo. Su ubicación central facilitaba el acceso de la población indígena que vivía alrededor de la ciudad e inicialmente fue muy modesto, aunque después creció hasta convertirse en una institución importante. Contaba con sala para pacientes, botica, y áreas para el personal médico y religioso. Los frailes franciscanos, incluido De Gante, jugaron un papel importante en su administración y en la atención a los pacientes.

La unidad llegó a tener una combinación de medicina europea y prácticas curativas indígenas, siendo una fusión de conocimientos característica de

muchas instituciones médicas en la Nueva España. Ahí se trataban diversas enfermedades, incluyendo aquellas introducidas por los europeos, que eran particularmente devastadoras para la población nativa. Tenía el apoyo financiero de la Corona española, de ahí el título de "Real", aunque también dependía de donaciones de benefactores privados y de los recursos de la orden franciscana.

Además de su función como centro de atención médica, el hospital también sirvió como un lugar de enseñanza, ya que ahí se transmitían los conocimientos médicos europeos a los practicantes indígenas, y viceversa, creando un intercambio cultural y científico único. Con el tiempo, el Hospital Real de los Naturales se convirtió en una de las instituciones médicas más importantes de la Nueva España. Aunque ya no existe como tal, su legado perdura en la historia de la medicina mexicana y en el desarrollo de la atención médica intercultural al representar un capítulo fundamental en la historia de la salud pública en México y su fundación refleja los complejos procesos de intercambio cultural, evangelización y atención médica que caracterizaron los primeros siglos del México colonial. (Fajardo, G., Carrillo, A. M., & Neri-Vela, R. (2002).

A partir de entonces, muchos hospitales fueron creados, destacándose aquél que en 1535 se fundó como Hospital de San Juan de Letrán en Puebla y que fue destinado para la atención de las mujeres. También es digno de mencionar el que en 1541 inició Fray Juan de Zumárraga como el Hospital del Amor a Dios para atender a los enfermos sifilíticos. También el Hospital de Nuestra señora de Belem que fue fundado por el obispo Julián Garcés en Tlaxcala. De igual forma el hospital de San Hipólito a instancias de Fray Bernardino Álvarez en 1567 que atendía a los menesterosos y dementes, y que está considerado el primer hospital destinado al tratamiento de las enfermedades mentales y que aún funciona en la ciudad de México. (Barquín, M. (2016).

Posteriormente en 1582 se funda por la cofradía del tránsito de nuestra señora, el hospital de Nuestra Señora de los Desamparados que atendía enfermos tanto negros como mulatos y mestizos que resultaban ser parias de la ciudad, o en estado de esclavitud.

También podemos identificar en los anales de la historia al hospital del Nombre de Jesús, fundado en 1584 en Valladolid por iniciativa del obispo Fray Juan de Medina a cargo de los agustinos y posteriormente de los juaninos. Y por supuesto el Hospital del Espíritu Santo en 1600 creado por don Alfonso Rodríguez del Vado y su esposa Doña Ana de Saldívar, para atender enfermos españoles exclusivamente. (Muriel, J. 1990)

Y en ese mismo tenor y orden fueron creados muchos hospitales más en conventos y monasterios en todas las regiones conquistadas y en la mayoría de ellos se recibían enfermos y menesterosos para ser atendidos por monjas y frailes de diversas órdenes religiosas, situación que prevaleció durante casi los tres siglos de colonialismo español, donde hubo hospitales-escuela que sirvieron como base para construir la atención a las enfermedades.

Los hospitales conventuales en la Nueva España fueron instituciones fundamentales durante el período colonial, que combinaban la atención médica con la labor evangélica de las órdenes religiosas y que surgieron como parte del proceso de colonización del territorio mesoamericano, y del de conversión religiosa que representó un fenómeno trascendente en la historia.

Sus características principales están basadas en que fueron establecidos por órdenes religiosas, principalmente franciscanos, agustinos y dominicos, con el doble objetivo de proporcionar atención médica y facilitar la conversión de los indígenas al cristianismo.

Generalmente constaban de una iglesia, un convento y las instalaciones hospitalarias. La administración estaba a cargo de los religiosos, quienes contaban con el apoyo de personal indígena, estableciéndose tanto en zonas urbanas como rurales y formando parte importante de la red de atención sanitaria en la Nueva España.

Con el tiempo, algunos de estos hospitales evolucionaron hasta convertirse en importantes centros médicos, mientras que otros mantuvieron un carácter más modesto y local. A partir del siglo XVIII, con las reformas borbónicas y la secularización gradual de la sociedad, muchos de estos hospitales pasaron a manos de la administración civil o fueron cerrados. (Campos-Navarro, Roberto. 2001).

En la época de la colonia no se puede decir que existió un verdadero “sistema de Salud”, pues los hospitales se creaban a instancias de clérigos y potentados, pero con intenciones perfectamente definidas de acuerdo con los intereses particulares de cada uno de ellos, aunque en conjunto se puede afirmar que representaban un conjunto de establecimientos con cierto grado de especialización al estar dedicados en atender a diversos grupos poblacionales o bien a distintos tipos de enfermos, por lo que aun cuando estaban desvinculados unos de otros, representaban una estructura que sirvió para mantener una aceptable estabilidad en materia de salud, que aunque no lograba proveer bienestar igualitario y equitativo para toda la población, si paliaba los embates de las enfermedades, sobre todo las de tipo epidémico.

En forma breve, y atendiendo la cronología de las referencias históricas, podemos mencionar al respecto de las enfermedades transmisibles de carácter epidémico, el brote de viruela en 1520 a 1521, acaecido con la llegada de los españoles que trajeron este terrible mal a la vulnerable población mesoamericana y que en realidad se reconoce como el gran “enemigo” que venció a los pueblos originarios, ya que el supuesto ejército español, no llegaba a más de 500 hombres, pero la alianza de los europeos con los pueblos sojuzgados por los mexicas y la viruela, fueron los que acabaron con más de la mitad de la población autóctona del territorio que hoy ocupa México.

Están perfectamente identificados, algunos fenómenos importantes de tipo epidémico, como el brote de sarampión de 1531 conocido como *tepitonzahuatl* en náhuatl que afectó principalmente a niños y jóvenes

indígenas. La epidemia de *cocoliztli* de 1545 a 1548, que fue posiblemente de fiebre hemorrágica viral o salmonelosis que causó una mortalidad extremadamente alta entre la población indígena.

La de influenza y sarampión de 1559 a 1563 que, al haber sido una combinación de enfermedades, afectó a gran parte de Mesoamérica. La segunda gran epidemia de *cocoliztli* de 1576 a 1580, considerada una de las más devastadoras del siglo XVI. La de sarampión y paperas en 1595 a 1597 que afectó principalmente a niños y jóvenes.

La epidemia de peste bubónica de 1604 a 1607, que fue la primera de aparición documentada en Nueva España y que impactó severamente a los habitantes de las poblaciones urbanas. La de sarampión de 1615 a 1616 que afectó a muchas regiones de la Nueva España, y la de fiebre amarilla, conocido como vómito negro de 1648 a 1650 que azotó principalmente a las zonas costeras del nuevo mundo.

La de Peste bubónica de 1736 a 1739 que se extendió por muchas regiones del virreinato. Una más de viruela de en 1761 a 1762 que tuvo muy alta mortalidad. Una nueva oleada de fiebre amarilla de 1787 a 1788 que azotó principalmente a Veracruz y Yucatán y la tercera de viruela de 1797 a 1798 que resultó ser la última de la etapa virreinal.

Todas estas epidemias tuvieron un impacto profundo en la demografía, economía y sociedad de la Nueva España por la alta mortalidad que causó, sobre todo en la población indígena que fue la más afectada, especialmente durante el siglo XVI, lo que llevó a cambios significativos en la estructura social y económica del virreinato.

Y es que, en la Nueva España, las epidemias, aunque proliferaban a diestra y siniestra, junto con las altas tasas de ocurrencia de las enfermedades endémicas, no parecían preocupar a la autoridad virreinal, al grado que un poco antes de la proclamación de la Independencia ya se había olvidado la gran epidemia de influenza de 1806 y el sarampión ya era considerado una enfermedad “natural” y por tanto benigna. (Mandujano Sánchez, Angélica et al. 2003).

2.4. Los hechos trascendentes en salud en el México independiente

Las epidemias continuaron azotando al territorio nacional aun cuando ya se había iniciado el movimiento de independencia, y para ese mismo año de 1810 ya habían aumentado los casos de vómito negro en Veracruz, y para 1812 sucedió un brote de fiebre amarilla que se extendió de Veracruz a Xalapa acompañando los desplazamientos de tropas y matando a casi la cuarta parte de los soldados del Batallón de Castilla, que fue una unidad militar española que defendía la ocupación y que se vio reducida en su capacidad operativa por la epidemia, causando gran desorganización en la cadena de mando, ocasionando también graves problemas logísticos y de efectividad para el combate. (Martínez Ruiz, E. (2003).

El surgimiento de un problema de tifo en 1813 significó el inició de la epidemia más importante de la época que sucedió a causa del hacinamiento, el hambre y los hábitos deficientes de higiene derivados de la guerra, de los

movimientos de tropas y del desplazamiento de población civil. (Molina del Villar, América. 2016)

Es especialmente digno de mención el avance que significó la introducción de la vacuna anti variolosa, como único recurso preventivo útil contra la viruela, que abrió paso a salud pública en la época, siendo en 1803 cuando Carlos IV organizó la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, dirigida por Francisco Xavier Balmis. La expedición llegó a Nueva España en 1804, marcando un hito en la historia de la medicina preventiva colonial al utilizar niños vivos como portadores de la vacuna con el llamado sistema de transmisión brazo a brazo, el establecimiento de las primeras juntas de vacunación y la creación de centros de distribución y formación de personal médico y de enfermería local para la aplicación del inmunizante.

Es histórico el inicio del proceso de vacunación en el puerto de Veracruz, expandiéndose posteriormente hacia la ciudad de México y a todas las demás provincias del interior del territorio. La campaña tuvo resultados muy significativos con una reducción notable en la mortalidad por viruela, y como parteaguas para el nacimiento de un sistema de salud pública más organizado, a pesar de la resistencia cultural y religiosa, y las dificultades logísticas para llevar la vacuna a las zonas más remotas por la difícil conservación de la vacuna y la escasez del personal capacitado para su inoculación. (Bustamante, M. E. (1982).

De esta forma, ya durante el periodo de la guerra de independencia, los brotes epidémicos por la ingesta de agua contaminada fueron frecuentes, como el de hepatitis en 1813, el de fiebre amarilla en 1814 o el de sarampión de 1820 que cobró la vida de miles de otomíes y las enfermedades más comunes fueron además, la tifoidea, la tuberculosis y la escarlatina, pero al inicio del movimiento independentista los brotes de cólera fueron los más abundantes y no pudieron contenerse hasta 1901, cobrando la vida de más de 300 mil personas según estiman algunos historiadores, siendo el período más mortífero el comprendido en la etapa de la guerra de independencia. (Bustamante, Miguel E. (1982).

En este período se abrió paso la medicina clínica y experimental europea, y se vio una franca transición de la atención individual a la necesaria atención colectiva, con los criterios de prevención y curación, observando una importancia marcada por la higiene personal y pública con la participación trascendente del agua en el cuidado de la salud y la vida.

Con el movimiento independentista de 1810, y con la existencia obligada de puestos de socorro para atender a los heridos de la guerra en cuestión, la atención a la salud empezó a verse con un enfoque social y a reconocerse como una necesidad popular, a la cual tenían derecho todos los habitantes del naciente país llamado México. De esta forma en 1841 se establece el Consejo Superior de Salubridad siendo presidente de la República Anastasio Bustamante, y aunque no fue reconocido oficialmente en ese momento, es el antecedente más remoto de la existencia de una Institución rectora de la Salud en nuestro país. (Márquez Morfín, Lourdes. 1994)

Nace en un período de inestabilidad política y económica en México. El país enfrentaba desafíos significativos en materia de salud pública, incluyendo epidemias recurrentes y una infraestructura sanitaria deficiente, aunque ya antes de la creación del Consejo, existían instituciones como el Protomedicato, heredado de la época colonial, además de la Facultad Médica del Distrito Federal.

Sin embargo, estas entidades no lograban abordar de manera efectiva los problemas de salud pública a nivel nacional, por lo que el Consejo se creó con el propósito de centralizar y coordinar los esfuerzos en materia de salud pública. Sus objetivos principales incluían prevenir y controlar epidemias, regular la práctica médica, supervisar la higiene pública, asesorar al gobierno en políticas de salud y significar un ente rector en materia de salubridad. (Moreno Cueto, Enrique et al. (1982)

El Consejo estaba compuesto por médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud. Se organizó en comisiones especializadas para abordar diferentes aspectos de la salud pública. Anastasio Bustamante como médico de formación y presidente de México, comprendía la importancia de una institución centralizada para la salud pública. Su experiencia médica y visión política fueron fundamentales para la creación y estructuración del Consejo.

En sus primeros años, el Consejo se enfocó en establecer normas sanitarias, regular la práctica médica y farmacéutica, y coordinar respuestas a brotes de enfermedades. Sin embargo, enfrentó desafíos como la falta de recursos y la resistencia a la centralización de las funciones de salud. Aunque inicialmente limitado en su alcance, el Consejo Superior de Salubridad sentó las bases para el desarrollo de las instituciones de salud pública en México.

Con el tiempo, evolucionó hasta convertirse en la actual Secretaría de Salud. Tuvo un gran impacto en la política de salud pues la creación del Consejo marcó un punto de inflexión en la forma en que México abordaba la salud pública, pasando de un enfoque reactivo a uno más preventivo y organizado. La fundación del Consejo se alineó con tendencias internacionales de la época, que buscaban establecer instituciones centralizadas para abordar los problemas de salud pública. (Moreno Cueto, Enrique et al. (1982)

En 1856 el presidente Juárez desamortizó los bienes del clero, por lo que los hospitales y orfanatos que tenía a su cargo la iglesia católica quedaron bajo el control del gobierno, iniciándose así los servicios de atención a la salud como obligación del Estado y no como obras caritativas de la Iglesia.

Hubo una etapa intermedia en que la beneficencia, que era regulada por el gobierno, tenía una participación importante de la sociedad civil, y aunque el proyecto de Juárez desplazaba el control eclesiástico, en la constitución de 1857 no aparecen preceptos relacionados con la salud a pesar de que su ideario era el humanismo y que, desde entonces, Juárez pretendía sustituir la caridad cristiana por la asistencia pública.

Así en 1861 se decretó la creación del Consejo Nacional de Beneficencia Pública que coordinaba la beneficencia y hospitales para convertirlos en un servicio público dependiente del Estado, y con la llegada a México de

Maximiliano en el lapso de 1864 a 1867, se creó el Hospital de Maternidad y un instituto para sordomudos.

En 1861 nace el Hospital de San Andrés como el principal espacio de la medicina académica en México como parte del proceso de secularización de estas unidades de atención médica, que lograron verdaderas transformaciones políticas y sociales en la segunda mitad del siglo XIX y que tuvieron gran impacto en las Leyes de Reforma en lo relativo a la atención hospitalaria, pues se desarrolló la enseñanza clínica, la formación de médicos, la evolución científica de la práctica médica y su institucionalización como ciencia. Se logró la implementación de nuevas técnicas quirúrgicas, se introdujo la antisepsia en los protocolos de descontaminación para los procedimientos quirúrgicos, se desarrollaron las especialidades médicas y se avanzó enormemente en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento de pacientes. (Martínez Barbosa, Xóchitl. 2005).

El Consejo Superior de Salubridad creado por Anastasio Bustamante obtuvo reconocimiento formal en 1879 y formuló "las igualas médico-farmacéuticas nacionales", acción histórica importante para la atención a la salud pública porque trató de unir la atención médica y la medicina preventiva, y ya con el regreso de Juárez a la presidencia, el Consejo Nacional de Beneficencia tuvo que ser legislado para evitar malos manejos, surgiendo el primer reglamento en 1881.

Pero la trascendencia del consejo surge cuando a instancias de Eduardo Liceaga se empezaron a administrar vacunas gratuitas a la población, se empezaron a estudiar las epidemias, a limpiar la ciudad, y se emitió el primer Código Sanitario en 1894 que dividía la atribución sanitaria en local y federal, estableciendo reglas y obligaciones para ambos casos y concediendo facultades al Ejecutivo Federal sobre puertos fronteras y asuntos migratorios.

A la gestión porfirista no le fue fácil mantener estable su gobierno en los últimos años, teniendo que apoyarse en un modelo positivista donde antepuso a la higiene como principio moralizador y de control social, tratando de justificar las profundas diferencias sociales, la desigual repartición de la riqueza y el menoscabo de la cultura que caracterizaron su régimen político.

Sin embargo, el General Díaz permitió que la medicina mexicana se transformara, de una medicina basada en los dogmas religiosos prevalecientes en la época del Virreinato, a una medicina organizada y fundamentada en los avances científicos provenientes del positivismo europeo de finales del siglo XIX.

Apoyó fuertemente la Beneficencia Pública, actualizó el Código Sanitario vigente y durante su gobierno se inauguraron varios hospitales, dentro de ellos un Hospital General con instalaciones sanitarias basadas en los adelantos tecnológicos y científicos de la época, introduciéndose el concepto de los pabellones y las técnicas de aislamiento de los pacientes, de tal manera que establecieron las bases para el desarrollo de la medicina moderna en nuestro país, y si bien es cierto que el bienestar de la población

pudo alcanzarse de modo parcial con las medidas de higiene y la aplicación de los bandos de policía, también es cierto que fue una forma de condicionar la conducta de la población para controlar su accionar. (Álvarez Amézquita, José et al. 1960).

2.5. La salud en el México que surgió de la revolución

En el México surgido después de la Revolución de 1910, se hizo necesaria la existencia de preceptos constitucionales que le dieran sustento jurídico a la provisión de servicios de salud para la población. Por ello, fueron creándose en la nueva República, algunas instituciones con dichas atribuciones, aunque dado que era un país convulso e inestable social, económica y políticamente, estuvieron desintegradas durante mucho tiempo.

El principio de justicia social producto de la Revolución hizo que el Estado tuviera que satisfacer las necesidades de la población. Así, con origen en la Constitución de 1917 se creó el Departamento de Salubridad Pública relacionado con la legislación sanitaria, es decir, la policía sanitaria en puertos y fronteras, las medidas contra el alcoholismo, el control de las epidemias por las enfermedades infecciosas, la preparación y administración de vacunas, el control de alimentos, bebidas y medicamentos

Este principio de justicia social quedó asentado en el artículo 123 de la Constitución, siendo la base de la Ley Federal del Trabajo y el Reglamento de Higiene del Trabajo, elementos clave para la creación 26 años después del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En 1925 se creó la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, la cual otorgaba a todos los prestadores de servicios del estado los beneficios de seguridad social, resultando el antecedente más remoto de la creación del ISSSTE en 1959. Ya en 1926 se expidió la Ley de Retiros y Pensiones del ejército y las fuerzas armadas nacionales, la cual fue reformada en 1939 para aumentar sus beneficios

En enero de 1931 se crea el Servicio de Sanidad de los Estados ya que persistían los diferendos entre las instituciones de salubridad sobre su actuación estatal o federal. Por esta razón se creó la Coordinación de Servicios Sanitarios que inició labores en 1932 con la pretensión de incrementar el aprovechamiento de los recursos disponibles para evitar la duplicidad de los servicios.

En 1935 se promulgó un nuevo Código Sanitario y surgió la campaña permanente contra la tuberculosis. En 1936 el Dr. Gustavo Baz estableció el Servicio Médico Social como obligación en el último año de los estudios de medicina y en ese año también se inauguró el Hospital Huipulco de enfermedades respiratorias.

El 31 de diciembre de 1937 se emite el decreto que modifica la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado y se creó la Secretaría de Asistencia Pública, la cual se fusiona en 1943 con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia con facultades legales para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia públicas.

El 18 de marzo de 1939 se inauguró el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, primer centro formal de investigación en problemas de salud, con el objetivo principal de estudiar aquellas enfermedades como la uncinariasis, leishmaniasis, malaria, lepra, rickettsiosis, salmonelosis, shigelosis, tosferina y diversas micosis. que hasta entonces se habían investigado en países que no las tenían. (Aréchiga Córdoba, Ernesto. 2007).

En 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social para proporcionar servicio médico y social a los trabajadores y sus familias significando el inicio de la medicina institucional, pues con el IMSS se completó la tríada SALUBRIDAD, ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL, y empezó la creación de hospitales rurales y las campañas de lucha contra las enfermedades transmisibles.

Pero vayamos por partes y retrocedamos un poco para conocer los antecedentes históricos para la creación del IMSS, pues la idea de un sistema de seguridad social en México tiene sus raíces en la Revolución de 1910 y en particular en el Artículo 123 de la Constitución de 1917 que estableció las bases para la protección de los trabajadores. Ya en 1929 se propuso por primera vez una Ley del Seguro Social, pero no se concretó. (García Cruz, Miguel 1955)

En la década de los 40s, México experimentaba un proceso de industrialización y urbanización acelerada, existía una creciente clase obrera que demandaba mejores condiciones laborales y protección social y el gobierno buscaba modernizar el país y mejorar las condiciones de vida de la población.

Por ello, en 1941, el presidente Manuel Ávila Camacho envió al Congreso un proyecto de Ley del Seguro Social, para que después de extensos debates y negociaciones fuera aprobada en 1943, naciendo el Instituto Mexicano del Seguro Social oficialmente el 19 de enero de 1943, con la publicación de la Ley del Seguro Social en el Diario Oficial de la Federación e iniciando operaciones el 1 de enero de 1944. (Farfán Mendoza, Guillermo. 2009).

El IMSS nace con los objetivos de proporcionar atención médica a los trabajadores y sus familias, ofrecer pensiones por invalidez, vejez y muerte, proteger a los trabajadores en caso de accidentes y enfermedades laborales y proporcionar prestaciones sociales para mejorar la calidad de vida de los derechohabientes.

Se estableció como un organismo público descentralizado con una estructura de financiamiento tripartita con representación del gobierno, los patrones y los trabajadores, con cuotas que se calculan con base en el salario de los trabajadores. Se dividió en diferentes ramas de seguro: enfermedades y maternidad, invalidez, vejez y muerte, riesgos de trabajo.

Comenzó cubriendo a los trabajadores de la industria y el comercio en el Distrito Federal y en su primer año ya contaba con 355,000 derechohabientes. Gradualmente se expandió a otras ciudades y regiones del país, se construyeron hospitales y clínicas en las principales ciudades y se implementaron programas de medicina preventiva y salud pública.

Tuvo que superar algunos obstáculos iniciales, como la resistencia de algunos sectores empresariales y las dificultades para extender la cobertura a zonas rurales y grupos de trabajadores informales, así como la ingente necesidad de formar personal médico y administrativo especializado para la operación de sus unidades.

El IMSS mejoró significativamente las condiciones de salud y bienestar de la clase trabajadora, contribuyendo a la estabilidad social y al desarrollo económico del país y sentando las bases para un sistema de seguridad social más amplio. A lo largo de las décadas, el IMSS ha experimentado diversas reformas para adaptarse a los cambios demográficos y económicos. Se han ampliado sus servicios y cobertura, incluyendo programas para trabajadores independientes y del campo, y se ha ido convirtiendo en una de las instituciones de seguridad social más grandes de América Latina, representando un ejemplo para el desarrollo de sistemas de seguridad social en otros países de la región. (Soto Pérez, Carlos J. 2012).

También se creó el Instituto Nacional Indigenista (INI) como parte de una política de desarrollo sanitario focalizada a las etnias originarias de México, pero que incluyó otras acciones importantes. Fue fundado el 4 de diciembre de 1948 durante el gobierno de Miguel Alemán Valdés y surgió en un contexto de transformación de la política indigenista postrevolucionaria con influencia del indigenismo integracionista que planteó Gamio en el debate ideológico que permeó hacia políticas públicas en una lógica de construcción de instituciones de orientación indigenista que enfatizaran la necesaria incorporación del indígena al proyecto de estado moderno. (Gamio, M. 1916).

La influencia de Gamio para la creación del INI permitió el debate ideológico y permeó hacia las políticas públicas y en la lógica de la construcción de las instituciones de orientación indigenista enfatizando la necesaria incorporación del indígena al proyecto de estado moderno posrevolucionario, promoviendo el desarrollo integral de las comunidades indígenas, realizando investigación antropológica y sociológica, implementando programas de desarrollo económico y social, promoviendo educación bilingüe y bicultural, mejorando las condiciones de salud y nutrición y defendiendo los derechos de los pueblos indígenas.

El INI permitió el establecimiento de clínicas y centros de salud en regiones remotas y la mejora significativa en acceso a servicios médicos básicos, a las campañas de vacunación y educación sanitaria, así como a las acciones de prevención de enfermedades endémicas, la integración de prácticas médicas tradicionales con medicina occidental respetando los conocimientos ancestrales, los programas para mejorar la nutrición y el combato a la desnutrición infantil, además de la capacitación de promotores de salud indígenas sirviendo como puente entre sistemas de salud tradicional y moderno. (Menéndez, E. L. 2016).

Pudieron hacerse entonces estudios sobre condiciones de salud en comunidades indígenas y análisis de factores socioculturales que afectaban el bienestar de la gente, para mejorar las condiciones de saneamiento y facilitar el acceso a fuentes de agua potable. De igual forma se pudo tener

colaboración con otras instituciones para un mayor acceso a programas de seguridad social, lo que condujo a una evolución de mayor respeto por la autonomía y diversidad cultural, y pudiéndose transformar posteriormente en la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) en 2003. (Korsbaek, L., & Sámano-Rentería, M. A. 2007).

En 1949 fue reformado el Código Sanitario que estaba vigente hasta entonces, otorgándosele las facultades necesarias al presidente de la república, al Consejo de Salubridad General, a la SSA y a los gobiernos de los estados para realizar las acciones necesarias en lo referente a la salud pública, reconociéndolos como autoridades en materia de SALUBRIDAD E HIGIENE. (Kumate, Jesús. 1990).

De 1958 a 1970 se pensó que la salud pública era una herramienta para alcanzar el desarrollo del país. No sólo se trató de prevenir o curar las enfermedades sino de rehabilitar a los enfermos y también de investigar como una forma más científica de luchar contra lo que afecta la salud.

Con esta idea se impulsó la creación de los institutos nacionales de investigación para atender especialidades como la cardiología, la neurología, la neumología, la perinatología, las enfermedades de la nutrición y otras más que pudieron aumentar los servicios de salud, la capacidad hospitalaria y que junto con las campañas nacionales de vacunación representaron un avance significativo en el cuidado de la salud de la población.

En 1959 surgió el ISSSTE como entidad encargada de la seguridad social de los trabajadores del Estado teniendo su origen en la reforma al Artículo 123 Constitucional, pues en ella se estableció la clasificación de los asalariados en apartados “A “y “B”, uno para los trabajadores de empresas privadas y el otro exclusivo de los empleados gubernamentales, que podía ser extensivo a los tres niveles de gobierno.

El ISSSTE tiene, como ya se mencionó anteriormente, un antecedente remoto con la creación en 1925 de la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro para los trabajadores del Estado, y con el hecho de que en 1947 se promulgó la Ley de Pensiones Civiles, que amplió sus beneficios, pero aún con limitaciones.

Y es que, en la década de 1950, México experimentaba un crecimiento económico y una expansión del sector público, y existía una necesidad de mejorar y ampliar la seguridad social para los trabajadores del Estado por lo que el ISSSTE nació como tal el 30 de diciembre de 1959, durante el gobierno de Adolfo López Mateos, junto con la respectiva Ley del ISSSTE fue publicada en el Diario Oficial de la Federación en la misma fecha. (Morales Azcárate, Rafael 1965).

Los objetivos de esta Institución fueron proporcionar seguridad social integral a los trabajadores del Estado y sus familias y ofrecerles servicios de salud, préstamos, pensiones, vivienda y otros beneficios sociales. Nació como un organismo público descentralizado, e integró y amplió los servicios que antes proporcionaba la Dirección de Pensiones Civiles.

Inicialmente cubría a los trabajadores de la administración pública federal y posteriormente se extendió a trabajadores de los gobiernos estatales y municipales mediante convenios ya con servicios esenciales de atención médica y hospitalaria, pensiones por jubilación, invalidez y muerte, préstamos a corto y mediano plazo y servicios sociales y culturales. Tuvo un gran impacto pues mejoró significativamente las condiciones laborales y de vida de los trabajadores del Estado, contribuyendo al desarrollo del sistema de seguridad social en México.

Ha experimentado varias reformas a lo largo de los años para adaptarse a las cambiantes necesidades de la población y las condiciones económicas del país y ha enfrentado importantes retos financieros y de cobertura, especialmente en el sistema de pensiones y la atención médica.

Se integra como Institución de seguridad social al sector salud del país pero en condiciones diferentes a las que tenía el IMSS y a partir de este momento, el Sistema Nacional de Salud comenzó a mostrar una franca inequidad tanto para prestadores de servicios como para usuarios de estos, pues mientras el IMSS planteó en su Ley un tabulador salarial para sus trabajadores con grandes beneficios, que se han mantenido hasta el momento actual, el ISSSTE no hizo lo mismo y su tabulador lo ubicó como una institución de "segunda" con sueldos menores a los del IMSS y con beneficios menores también. (Fernández Varela, Héctor1985).

Para el caso de los usuarios de ambos subsistemas de seguridad social, resultó positivo que tuvieran sustancialmente las mismas prestaciones, con variaciones que no significaron grandes diferendos en justicia social. Pero para el caso de la población que no pertenecía a ninguno de los grupos derechohabientes del IMSS y del ISSSTE, que a partir de entonces se llamó "población abierta", la institución que tuvo la atribución de atenderla resultó ser la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y Territorios, teniendo como cúspide de ese subsistema de atención, los grandes Institutos de Investigación que fueron creados como ya se dijo.

Sin embargo en la SSA, los tabuladores salariales eran de "tercera" categoría, ubicando a una clase trabajadora, que aunque hacía las mismas funciones que la que prestaba sus servicios en el IMSS y en el ISSSTE, no tenía los mismos alcances ni beneficios complementarios, y para la población era peor aún la inequidad y desigualdad social pues tenían que "pagar" cuotas de recuperación bajas, pero inminentes, para recibir los servicios que requerían para el cuidado de su salud, a excepción de aquellos de promoción, educación y protección específica de tipo preventivo que fueron gratuitos desde entonces y que continúan siéndolo hasta la fecha actual.

2.6. El nacimiento de las instituciones y del sistema nacional de salud

Todo lo anterior dio origen a diversos reclamos de parte de los gremios médicos y paramédicos con apoyo de los sindicatos que los cobijaban, pero que hasta mucho tiempo después empezaron a tener cierta atención,

cuando se creó formalmente el SISTEMA NACIONAL DE SALUD, ya con una política pública definida y con reglas claras en su organización y funcionamiento, si bien no equitativas y justas aún.

Después de la creación del ISSSTE, apareció el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) que fue creado en México en 1961 durante el gobierno del presidente Adolfo López Mateos. Su objetivo principal era atender las necesidades de los niños mexicanos en situación vulnerable, especialmente en áreas como nutrición, salud y educación. (Jusidman-Rapoport, C. 2014).

El INPI surgió como respuesta a la creciente preocupación por el bienestar infantil en México durante la década de 1950. Se concibió como una institución que centralizaría y coordinaría los esfuerzos gubernamentales para proteger a la infancia.

Entre sus primeras acciones destacaron la distribución de desayunos escolares, la creación de centros de atención infantil y el desarrollo de programas de salud preventiva para niños. (Guevara Niebla, Josefina 1965).

En 1973 se inició el Plan Nacional de Salud, proyectado por un periodo de diez años y que logró disminuir la mortalidad infantil a la mitad y la mortalidad general en un 30%, entrando en vigor además la Ley para prevenir y controlar la contaminación ambiental.

Esto causó entre otros efectos, el nacimiento de una estrategia emergente en el IMSS que en coordinación con la Comisión Nacional de Sustentos Populares (CONASUPO) crearon el programa IMSS-CONASUPO, para atender a los grupos de trabajadores temporales que no alcanzaban a tener seguridad social formal, y que la SSA no alcanzaba a cubrir por la limitación de sus recursos físicos, humanos, materiales y evidentemente financieros.

En sus primeros años, este programa estableció servicios de manera predominante en la zona ixtlera del norte del país, construyendo clínicas de campo y adaptando graneros de CONASUPO para que funcionaran como unidades de primer nivel de atención. En 1976 esta red comprendía 30 Hospitales Rurales y 310 Unidades Médicas Rurales con los que se atendía a 3.8 millones de personas. (Archivo histórico del IMSS)

En la década de los setenta ya era claro que se habían controlado muchas enfermedades transmisibles y problemas de salud pública, pero otros tomaban impulso, como las neoplasias, la diabetes mellitus, la migración del campo a la ciudad, la explosión demográfica y las adicciones. Pero ante la crisis económica del 74 al 76 con una devaluación del peso del 100%, el sistema de salud fue incapaz de satisfacer las demandas de la población, resultando paradójico que cuando los planes de salud parecían factibles, desde el punto de vista político y tecnológico, las condiciones económicas impidieron su implementación.

En 1977, el INPI se transformó en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), ampliando su alcance para incluir a toda la familia como unidad de atención.

La transformación del INPI en DIF ocurrió en 1977 durante la presidencia de José López Portillo. Este cambio representó una evolución significativa en el enfoque de la asistencia social en México, ampliando el alcance de la institución más allá de la infancia para abarcar a toda la familia pues se expandió su misión para incluir el bienestar integral de la familia mexicana, no solo de los niños con una estructura más compleja y descentralizada, con representaciones estatales y municipales, y se implementaron iniciativas que abarcaron diversos aspectos del desarrollo familiar, como orientación jurídica, atención a personas con discapacidad y apoyo a adultos mayores.

La creación del DIF se formalizó mediante un decreto presidencial, otorgándole mayores facultades y recursos, con lo que se enfatizó la prevención de problemas sociales a nivel familiar, no solo en la atención de necesidades inmediatas. Esta transición reflejó un cambio en la política social mexicana hacia un modelo más integral de asistencia y desarrollo social. (Sosenski, S., & Jackson Albarrán. (2012).

Si bien esa fue una época prolífica para el desarrollo de la salud en la historia de México, como ya se dijo, las diferencias existentes entre los diversos grupos de beneficiados sociales mostraban inequidad e injusticia para los mexicanos, pero, aun así, las secuelas de la Revolución de 1910 se habían superado y la crisis económica de los años ochenta todavía estaba lejos.

Florecieron las artes y la ciencia y en los informes de gobierno se destacaban los programas en beneficio de la población como lo era la oferta de agua “entubada” (que no potable) y los sistemas de alcantarillado. Empezaron además algunos beneficios a favor de la mujer y el niño y los antibióticos ya eran de uso común.

La población en general empezó a estar protegida con vacunas contra las principales enfermedades infecciosas, y el número de habitantes permitía una vida digna en la ciudad, aunque con grandes carencias y atraso en el desarrollo de la población rural que atendía el campo mexicano, pero estaba en su apogeo una nueva clase media, educada, en cuyos hombros comenzó a descansar el progreso del país.

Entonces, en esa etapa estaban claras las atribuciones de cobertura: Los trabajadores de las empresas privadas estaban protegidos por los servicios del IMSS con base en lo estipulado en el Apartado A del Art. 123 constitucional; los trabajadores de los organismos gubernamentales estaban cubiertos por el ISSSTE con base en lo estipulado en el Apartado B del mismo Art. 123, y los mexicanos que no pertenecían a ninguno de los anteriores grupos, estaban atendidos por los servicios sanitarios y asistenciales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de los convenios de coordinación con las Entidades Federativas.

Existieron circunstancias que marcaron la tendencia de la atención a la salud en este periodo, como la necesidad de optimizar los recursos, la orientación a las prioridades de ese tiempo como la explosión demográfica, las enfermedades industriales, la alteración de la ecología y el populismo que incrementó la burocracia y la corrupción.

En complemento de los esfuerzos organizados de las Instituciones de salud, se inició un programa nacional de extensión de la cobertura de la atención médica al total de la población (PEC), que contemplaba llevar los servicios de salud a las zonas rurales y al medio suburbano de todo el país, con una utilización más eficiente de los servicios médicos y de salud que ya existían, pero con una mayor participación de la poblaciones comunitarias, y buscando un fortalecimiento de las acciones preventivas, de promoción de la salud y de mejoramiento del ambiente, y en forma por demás especial, intentando aumentar la cobertura de los programas de planificación familiar y de atención materno infantil, considerando los altos índices de crecimiento poblacional que existía en México. (Sosenski, S., & Jackson Albarrán, E. (Eds.). 2012)

Para ello se crearon equipos de adiestramiento formados por personal de salud tanto a nivel nacional, como regional y local, que iniciaron sus actividades en 1978 cuando empezó la primera etapa del PEC diseñado para proporcionar atención primaria a la salud en toda la población.

En forma paralela se diseñó también una Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) que tenía como objetivo el adiestramiento de personal propio de las comunidades para que fungieran como auxiliares de salud en sus propios lugares de origen para radicar los programas prioritarios de salud en las zonas rurales dispersas que se encontraban apartadas de las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud, llevando los servicios básicos a la población.

Se incluyó en esta estrategia, el adiestramiento de las parteras empíricas que existían en las comunidades para que estuvieran registradas en un padrón que permitía su adiestramiento específico con el propósito de que observaran las más elementales medidas de higiene, de asepsia y antisepsia que resultaban básicas para la atención de los partos, ya que en esa época eran las más solicitadas en las comunidades rurales, pues las mujeres se negaban a ser atendidas por médicos, sobre todo varones, y la idea era que las parteras tuvieran los conocimientos teóricos, técnicos y tecnológicos básicos, complementados por su experiencia, pero con los fundamentos científicos más elementales de la buena atención prenatal, del parto y del puerperio, con la intención de disminuir la mortalidad materna, la neonatal y la infantil.

En consecuencia, en forma complementaria a la extensión de la cobertura de salud, se realizaron esfuerzos para ampliarla especialmente en zonas rurales y marginadas, convirtiendo el programa IMSS-CONASUPO en IMSS-COPLAMAR para llevar atención médica a comunidades rurales.

En la contención de daños se impulsaron los programas de vacunación y se dio mayor énfasis a la promoción de la salud y la medicina preventiva en general. Sin embargo, existió una centralización excesiva pues el sistema de salud se manejaba desde el gobierno federal, lo que dificultaba la atención eficiente en zonas alejadas de los centros urbanos, existiendo una desigualdad persistente en el acceso y la calidad de los servicios de salud entre las zonas rurales y urbanas, y entre los diversos grupos socioeconómicos.

Existía también una falta de coordinación entre las diferentes instituciones de salud, lo que llevaba a duplicidades e ineficiencias con un enfoque prioritariamente curativo lo que resultaba menos eficiente y efectivo a largo plazo pues, aunque el gasto en salud aumentó, no fue suficiente para cubrir las necesidades crecientes de la población especialmente considerando el rápido crecimiento demográfico de la época.

En síntesis, aunque el gobierno de Echeverría realizó esfuerzos significativos para mejorar el sistema de salud en México, especialmente en términos de expansión de la cobertura y creación de nuevas instituciones, estos esfuerzos se vieron limitados por problemas estructurales y de financiamiento.

La creación de programas como el PEC, la ECC y IMSS-COPLAMAR fue un paso importante para llevar servicios de salud a zonas marginadas, pero no logró resolver completamente las desigualdades en el acceso a la atención médica. La persistencia de un sistema fragmentado entre diferentes instituciones (IMSS, ISSSTE, SSA) contribuyó a mantener estas desigualdades y a generar ineficiencias.

El énfasis en la construcción de infraestructura y la expansión de servicios fue positivo, pero no se acompañó de una reforma integral del sistema de salud que abordara problemas fundamentales como la centralización excesiva y la falta de coordinación entre instituciones.

Además, el contexto económico y político del sexenio de Echeverría, caracterizado por un creciente déficit fiscal y tensiones sociales, limitó la capacidad del gobierno para implementar reformas más profundas en el sector salud.

En este lapso, aunque hubo avances importantes, el desempeño del gobierno en materia de salud fue ambiguo, con logros significativos en expansión de cobertura, pero con grandes limitaciones en cuanto a la equidad y eficiencia del sistema. (Frenk, J., y Gómez-Dantés, O. 2019).

En el gobierno federal siguiente con José López Portillo se crearon nuevas instituciones importantes como el Instituto Nacional de Perinatología (1977) y se dio la consolidación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) construyéndose además nuevos hospitales y centros de salud, lo que aumentó la capacidad del sistema de salud pública, pero al aumentar la crisis económica, y afectarse negativamente el gasto en salud, no se pudieron tener más avances trascendentes.

A pesar de ello, se continuaron haciendo esfuerzos importantes para ampliar la cobertura, y hacia el final de su mandato los problemas estructurales afectaron al país en forma importante, viéndose frenada la universalización de la salud al no poder lograrse la solución de las desigualdades en el acceso a servicios médicos, por la acendrada centralización del sistema de salud que, aunque permitió una planificación más coordinada, también dificultó la adaptación a necesidades locales específicas. (López-Acuña, D. 1980).

Por estas razones, en los años 80s se inició la descentralización del sistema de salud, ya con el gobierno del presidente Miguel De la Madrid Hurtado

dándose un proceso que transfirió responsabilidades a los estados, buscando mejorar la eficiencia y adaptación a las necesidades locales.

Pero poco antes, el problema de la falta de cobertura de los servicios de salud en el medio rural, se había decidido atender con la creación en 1977, de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), que fue el programa más ambicioso de extensión de cobertura de servicios de salud a la población rural, pues la Comisión construyó, con recursos del boom petrolero más de 3 mil unidades médicas y 60 clínicas-hospitales, todos ellos en comunidades rurales.

Se creó el Sistema Nacional de Salud en 1984 que intentaba coordinar mejor las distintas instituciones de salud pública, al fortalecer la ampliación de la cobertura con el PEC y el IMSS-COPLAMAR. Sin embargo, la persistencia de la crisis económica condujo a tener importantes recortes en el gasto público en salud, que afectó la calidad y disponibilidad de servicios, afectando en forma irremediable la implementación completa del proceso de descentralización, haciéndolo irregular y en muchos casos sin el acompañamiento de los recursos necesarios para su efectivo funcionamiento.

Se desatendieron problemas emergentes como la pandemia de VIH/SIDA que comenzó a afectar a la población del país y existió un gran deterioro de la infraestructura por la falta de inversión en el mantenimiento de hospitales y unidades de salud de primer nivel que ya existían.

Si resumiéramos lo ocurrido en el sexenio de Miguel de la Madrid, podríamos decir que estuvo marcado por la severa crisis económica que afectó a México y que condujo a tener un impacto directo en las políticas de salud, que se vieron limitadas por los recortes presupuestarios y la necesidad de implementar políticas de austeridad.

Si bien la descentralización del sistema de salud fue una iniciativa importante, su implementación fue problemática ya que, aunque buscaba mejorar la eficiencia y adaptabilidad del sistema, en muchos casos resultó solo ser una transferencia de responsabilidades a los estados sin los recursos necesarios para cumplirlas adecuadamente.

La creación del Sistema Nacional de Salud fue un paso hacia la integración y coordinación de los servicios de salud, pero su impacto real fue limitado por la falta de recursos y las dificultades de implementación. Los esfuerzos por ampliar la cobertura de salud, especialmente en zonas rurales y marginadas, fueron positivos, pero insuficientes ante la magnitud de las necesidades y los desafíos económicos del país.

En general el periodo del presidente De la Madrid en materia de salud se caracterizó por vanos intentos de reformas estructurales que, aunque bien intencionadas, se vieron severamente limitados por el contexto económico adverso y las dificultades de implementación.

Esta generación de reformas estructurales en los ochenta incluyó también la promulgación de una nueva Ley General de Salud, que sustituyó a un código sanitario anticuado y caduco, que significó el cambio de nombre de la SSA por el de Secretaría de Salud, y la primera fase de la descentralización a los

estados de los servicios de salud para la población no asegurada, que dio origen a los Servicios Estatales de Salud (SESA).

En 1983 se asignó al programa IMSS-COPLAMAR la gestión de su componente de salud, ya que se pensaba en ese entonces que contaba con mejores capacidades administrativas que la SSA, rebautizándose como IMSS-Solidaridad en 1989, como IMSS-Oportunidades en 2002, como IMSS-Prospera en 2014 y como IMSS-Bienestar en 2018.

Como se puede observar, este programa llamado IMSS-bienestar no es una institución como tal, sino solamente "eso... un programa emergente" que nació como una buena intención de substituir la incapacidad técnica y financiera de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, llamada así en ese entonces, y que ha existido durante medio siglo como un parche jurídico, organizacional y estructural para forzar su vigencia en el ámbito del funcionamiento del sistema nacional de salud.

Pero regresando al proceso histórico que analizamos, desgraciadamente al llegar los ochentas, ya se había gestado el inicio de una gran corrupción en esos modelos, que al afectar al país económica y socialmente, afectaron también a la salud pública en general, pues persistían evidentes situaciones de inequidad, y las condiciones laborales de quienes prestaban sus servicios en el IMSS seguían siendo de privilegio, las que tenían aquellos que prestaban sus servicios en el ISSSTE continuaban siendo de segunda categoría con prestaciones menos ventajosas, y las que existían para los trabajadores de los servicios a población abierta sin seguridad social, eran francamente desastrosas pues las prestaciones eran ofensivamente menores. (Bustamante, Miguel E. (1982)

El Plan Global de Desarrollo que surgió en 1980 sufrió la mayor crisis económica desde la recesión mundial de los treinta a causa de un problema incubado en el curso de los setenta y que fue el endeudamiento con la banca privada internacional, y que involucró a tres partes: los deudores, los acreedores y los gobiernos e instituciones multilaterales. El fracaso desembocó dos años después con la segunda gran devaluación que llegó a ser de más del 500%, al depender de un desarrollo social que a su vez se basaba en la economía que ya estaba bastante deteriorada.

En 1983 aparece el Plan Nacional de Salud con el objetivo de incrementar la atención médica, la salud pública y la asistencia social, con la normalización de los servicios a la población en el área de la salud pública, la disminución del índice de fecundidad y la atención a los minusválidos, y el 21 de marzo de 1985 la Secretaría de Salubridad y Asistencia se transformó en la Secretaría de Salud y se dio la reforma necesaria para que cada Entidad Federativa tuviera una Secretaría de Salud Estatal que representara al Gobierno Federal participando activamente en el Consejo Nacional de Salud como organismo rector de las actividades en salud pública, asistencia y seguridad social que en el futuro fueran a ser necesarias, emitiendo normas oficiales mexicanas que rigieran la aplicación operativa de las acciones.

La reforma de los ochenta en materia de salud incluyó que la atribución de la autoridad sanitaria pudiera ser más específica y entonces la salubridad

general fue responsabilidad absoluta del Gobierno Federal, la salubridad concurrente fue responsabilidad de dos niveles de gobierno (federal y estatal), y la salubridad local fue responsabilidad total de los municipios. Sin embargo, la Secretaría de Salud no logró normar totalmente el ejercicio del presupuesto federal dificultando así la descentralización, viejo problema que desde siempre no se había podido superar.

Para 1985 se crea el Programa de Atención a Servicios de Salud para la Población Abierta (PASPA), que fue un instrumento importante en el sistema de salud mexicano, enfocado en atender a la población sin acceso a servicios de seguridad social, ya que surgió en el contexto de la descentralización de los servicios de salud y la búsqueda de una mayor cobertura para la población no asegurada, pues en efecto tuvo como objetivos extender la cobertura de servicios básicos de salud a la población sin acceso a la seguridad social, mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud para la población abierta y fortalecer la infraestructura de salud en áreas marginadas y rurales.

El programa operó a través de la Secretaría de Salud y los servicios estatales de salud y se enfocaba en la atención primaria de salud, incluyendo servicios preventivos y curativos básicos al implementar estrategias de atención basadas en la comunidad y la participación social, priorizando la atención a grupos vulnerables como mujeres embarazadas, niños y adultos mayores.

Sus componentes clave por tanto, fueron el fortalecimiento de la infraestructura de salud (construcción y equipamiento de unidades médicas), la capacitación del personal de salud, el suministro de medicamentos esenciales, la implementación de programas de salud pública (vacunación, control de enfermedades transmisibles, etc.), y con el tiempo el PASPA evolucionó y se integró en iniciativas más amplias de salud pública aunque enfrentó desafíos en términos de financiamiento y coordinación entre los diferentes niveles de gobierno, pues la cobertura y calidad de los servicios variaban significativamente entre regiones. (Laurell, A. C. 2007).

El gobierno de Carlos Salinas de Gortari de 1988 a 1994, fue un período de importantes transformaciones para México, incluyendo cambios significativos en el sistema de salud, que lograron una trascendente evolución del sector salud con una mayor autonomía de los estados para gestionar recursos y programas de salud, incrementando con ello el potencial para adaptar servicios a necesidades locales en un claro intento de mejorar la eficiencia administrativa.

Lamentablemente junto con estos aciertos, existieron fallas que desembocaron en una implementación desigual entre los estados por una falta de capacidad técnica y administrativa de algunos de ellos para consolidar la descentralización, ocasionándose así una persistencia de desigualdades entre las diversas regiones del país.

En este gobierno se crea el PRONASOL (Programa Nacional de Solidaridad) que, aunque no era exclusivo del sector salud, tuvo un impacto significativo en la atención médica de poblaciones marginadas al aumentar la posibilidad

de cubrir servicios de salud en zonas rurales y urbanas marginadas, con una mejora en infraestructura básica de salud tanto física como administrativa.

Desafortunadamente, como suele suceder frecuentemente, el PRONASOL fue utilizado con fines políticos, que ocasionó una falta de sostenibilidad a largo plazo. Sin embargo, se introdujeron cambios para mejorar la eficiencia y sostenibilidad financiero del IMSS, se pudo tener una modernización administrativa en todas las instituciones del Sector Salud, a pesar de las resistencias de los grupos sindicales que vieron amenazadas sus prerrogativas. Se lograron avances en la provisión de servicios especializados, pero fue insuficiente la atención para resolver los problemas estructurales de financiamiento. (Martínez Flores, V. 2018)

La descentralización de los servicios a los estados fue una de las políticas más significativas y controvertidas de este período pues, aunque permitió adaptar los servicios a las necesidades específicas de cada región, no logró una uniformidad en calidad y eficiencia por la diversidad de factores demográficos, epidemiológicos y culturales existentes.

En teoría, la gestión local pudo reducir la burocracia y agilizar la toma de decisiones, mejorando la eficiencia en la prestación de servicios, pudo fomentar una mayor participación de las comunidades locales en las decisiones sobre salud, pudo promover la innovación en políticas y programas de salud, permitiendo que las experiencias exitosas se compartan entre estados, pero desgraciadamente también logró exacerbar las desigualdades entre estados ricos y pobres, ya que no todos cuentan con los mismos recursos y capacidades, y llevó a una fragmentación del sistema de salud, dificultando la implementación de políticas nacionales coherentes, ya que como dijimos, no todos los estados cuentan con la capacidad técnica y administrativa para gestionar eficazmente los servicios de salud, permeando la posibilidad de aumentar las oportunidades de corrupción a nivel local si no se implementan mecanismos de control adecuados.

La implementación de la descentralización durante el gobierno de Salinas fue desigual y enfrentó varios desafíos, al evidenciarse que algunos estados aprovecharon la oportunidad para mejorar sus sistemas de salud, mientras que otros enfrentaron dificultades, todo por no haber una estrategia clara de capacitación y apoyo técnico a los estados, lo que limitó el éxito de la política. Las desigualdades preexistentes entre estados se mantuvieron o incluso se acentuaron en algunos casos.

Por ello, la evolución del sistema de salud durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari fue un proceso complejo y multifacético. La descentralización de los servicios de salud, si bien tenía objetivos loables, enfrentó desafíos significativos en su implementación. Por un lado, la descentralización representó un intento de modernizar y hacer más eficiente el sistema de salud, adaptándolo a las necesidades locales y fomentando la participación de los estados en la gestión de la salud pública. Este enfoque tenía el potencial de mejorar la respuesta a las necesidades específicas de cada región y promover una mayor eficiencia en la asignación de recursos.

Sin embargo, la implementación de esta política reveló las profundas desigualdades existentes entre los diferentes estados de México. Los estados con mayores recursos y capacidades técnicas pudieron aprovechar mejor la autonomía otorgada, mientras que los estados más pobres o con menor capacidad administrativa enfrentaron dificultades para mejorar sus servicios de salud.

La descentralización también puso de manifiesto la necesidad de un enfoque más integral en la reforma del sistema de salud. Mientras se transferían responsabilidades a los estados, no siempre se proporcionaron los recursos financieros, técnicos y humanos necesarios para cumplir con estas nuevas responsabilidades. Esto resultó en una implementación desigual y, en algunos casos, en la perpetuación o incluso el agravamiento de las disparidades existentes en la atención de salud.

Además, la política de descentralización se implementó en un contexto de cambios económicos y políticos más amplios, incluyendo la liberalización económica y la renegociación de la deuda externa. Estos factores influyeron en la capacidad del gobierno para proporcionar un apoyo sostenido y coherente a la reforma del sector salud.

A pesar de estos desafíos, es importante reconocer que la descentralización sentó las bases para un sistema de salud más flexible y potencialmente más receptivo a las necesidades locales. Las lecciones aprendidas durante este período han sido valiosas para las reformas posteriores del sistema de salud mexicano.

En retrospectiva, el éxito de la descentralización de los servicios de salud requería no solo la transferencia de responsabilidades, sino también un fuerte compromiso con la equidad, el desarrollo de capacidades a nivel estatal y local, y mecanismos efectivos de coordinación entre los niveles federal y estatal. La experiencia de este período destaca la importancia de un enfoque equilibrado que combine la autonomía local con un fuerte liderazgo nacional y apoyo técnico. (Soberón-Acevedo, G., & Martínez-Narváez, G. 1996)

Para futuras reformas, debió ser crucial el abordar las desigualdades persistentes, fortalecer la capacidad de los estados para gestionar eficazmente los servicios de salud, y desarrollar mecanismos más robustos de rendición de cuentas y evaluación de desempeño. Solo así se hubiera podido avanzar hacia un sistema de salud verdaderamente equitativo y eficiente que respondiera a las necesidades de todos los mexicanos. (CONEVAL 2017)

El fin del siglo XX estaba a la vista y la Organización Mundial de la Salud tuvo como meta global la consecución de “salud para todos en el año 2000”, lema que fue el resultado de los acuerdos de la cumbre de Alma Ata, por lo que en especial en América Latina se dieron toda clase de esfuerzos y financiamientos externos del Banco Mundial y del Banco Interamericano para el Desarrollo, con el propósito de incrementar la cobertura de los servicios de salud para las poblaciones que no contaban con un adecuado acceso a ellos.

En México se hizo indispensable realizar una reforma profunda del sistema de salud para atender los compromisos internacionales de cara al inicio del

nuevo milenio y se emitieron los lineamientos del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, que fue considerado el instrumento mediante el cual, el Gobierno de la República presidido ya por el Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León, se propuso alcanzar los principales objetivos en materia de salud, como lo fueron el ampliar la cobertura de la seguridad social, para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención; incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que la atienden y otorgar servicios esenciales de salud a la población que no estaba cubierta. (Barraza-Lloréns, M., Bertozzi, S., González-Pier, E., & Gutiérrez, J. P. (2002).

El Programa incluyó un diagnóstico general de la situación, la presentación de los puntos básicos de la reforma, el señalamiento de los principales programas específicos del Programa y la última donde se señalan los programas de apoyo para coadyuvar al avance de la reforma y la reorganización del sector.

Fueron señalados los dos problemas más grandes que enfrentaba el país en esos momentos, por una parte, el acceso segmentado a los servicios de salud, tanto los que otorgan las instituciones de seguridad social, como los que eran cubiertos por los servicios que ofrecían tanto la Secretaría de Salud como el Programa IMSS-Solidaridad.

En forma complementaria estaban otros dos segmentos de menor tamaño: el de los que acuden a los servicios privados de salud y el de quienes no tienen acceso a los servicios regulares de salud. Este último grupo representaba un motivo fundamental de preocupación pues lo constituían aproximadamente 10 millones de personas.

Para atender las circunstancias antes descritas, nace el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), que pronto se enlaza con otro llamado Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) para significar el antecedente inmediato de la creación del Seguro Popular al inicio del s. XXI.

El PAC inicia en1996 con el objetivo de extender servicios básicos de salud a comunidades marginadas, con una meta focal de atender áreas rurales y comunidades indígenas con un paquete básico de servicios de salud que junto con la participación comunitaria pudiera lograr el fortalecimiento de la infraestructura de salud de México.

Esta estrategia logró un aumento de la cobertura de servicios básicos de salud, una mejora en los indicadores de salud materno-infantil, un fortalecimiento de la atención primaria en áreas rurales, y ya junto con el PROGRESA lanzado en 1997, se pudo tener un enfoque integral para incorporar a la mejora de la salud, el desarrollo de la educación y el impacto positivo de las condiciones de nutrición de los grupos vulnerables.

Funcionó con transferencias monetarias condicionadas, focalizadas a hogares en pobreza extrema y con corresponsabilidad de los beneficiarios en los componentes. Se logró el aumento en el uso de servicios preventivos de salud, la mejora en el estado nutricional de niños y mujeres embarazadas, la reducción de la mortalidad materno-infantil, el aumento en la cobertura de

vacunación, la extensión de servicios básicos a poblaciones anteriormente desatendidas, la reducción de brechas en acceso a salud entre zonas urbanas y rurales, se mejoraron los indicadores de Salud al disminuir las tasas de mortalidad infantil y materna y se mejoraron también los indicadores nutricionales, aumentando la detección y control de enfermedades crónicas. (Levy, S. 2006).

El PAC-PROGRESA significó una mejora sustancial en la infraestructura de salud en áreas marginadas, en la capacitación y despliegue de personal de salud en zonas rurales, en la implementación de modelos de atención adaptados a contextos locales, que permitieron una transición hacia un enfoque preventivo y de atención primaria, una integración de componentes sociales (educación, nutrición) en programas de salud y un mayor fomento de la participación comunitaria en salud.

No dejó de tener desafíos y Limitaciones, por las variaciones en la calidad de servicios entre regiones, las dificultades en la coordinación intersectorial y la sostenibilidad financiera a largo plazo.

El componente de PROGRESA evolucionó a Oportunidades en 2002 y luego a PROSPERA en 2014, sirviendo como modelo para programas similares en otros países, pudiendo concluirse que tanto el PAC como el PROGRESA representaron un cambio significativo en la política de salud de México, con un enfoque en la equidad y la atención a poblaciones vulnerables. Su impacto se reflejó en mejoras sustanciales en indicadores de salud y en la ampliación de la cobertura de servicios básicos, sentando las bases para futuras iniciativas en salud pública en el país. (Rivera, J. A., Sotres-Alvarez, D., Habicht, J. P., Shamah, T., & Villalpando, S. 2004).

Otro problema grave que la reforma pretendía resolver en la época era el centralismo que no daba viabilidad a una estructura eficiente y eficaz. Ello implicaba un gran proceso de descentralización del sistema que representaba otra de las grandes vertientes del Programa, pues adicionalmente la coordinación de las instituciones del sector siempre había sido insuficiente en cantidad y calidad, pues la heterogeneidad era enorme. Por ello se hacía indispensable una mejor coordinación programática y funcional.

Resultó un elemento medula llevar a cabo la descentralización de los servicios de salud a la población abierta, ya que constituía la posibilidad real de conformar sistemas estatales de salud capaces de responder, con mayor agilidad y eficiencia, a las necesidades de salud propias de cada región. Se pretendía que, una vez conformados los sistemas estatales, la política nacional se articularía a través del Consejo Nacional de Salud, creado por decreto presidencial a inicios de 1995.

La descentralización de los servicios que prestaban, tanto la Secretaría de Salud como el programa IMSS-Solidaridad, evitaría la persistencia del paralelismo y permitiría una mejor distribución de los recursos al tomar en consideración indicadores de mortalidad y marginación, y equilibrar el gasto per cápita en salud, contribuyendo con todo esto a tener una mayor eficiencia y equidad.

Para fortalecer y complementar los servicios de salud se decidió implementar un programa de mejoramiento de la gestión de los tres niveles de gobierno y en el marco del federalismo nació el programa de Municipio Saludable para propiciar un mayor compromiso de las autoridades locales en las tareas propias de saneamiento básico con una orientación hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Todos los programas específicos se orientan hacia el fortalecimiento de un nuevo modelo asistencial y destacan decididamente lo preventivo sobre lo curativo, incluyendo entre otros programas específicos la salud mental, la salud bucodental, la prevención de accidentes y adicciones y, en forma señalada, la salud ambiental y el fomento sanitario que ocupaba un apartado especial.

Se actualizaron y complementaron los instrumentos legales y normativos que garantizaban la calidad sanitaria de productos, bienes y servicios con propiedades biológicas, químicas, físicas o radiológicas, y se fortaleció la vigilancia de los tratados y mecanismos internacionales de control de productos de importación y exportación para cumplir con las especificaciones establecidas en el tratado de libre comercio de Norteamérica.

La modernización administrativa y la sistematización de la información estadística y epidemiológica resultaron fundamentales para poder disponer de cifras veraces y que éstas puedan ser procesadas oportunamente para retroalimentar al propio sistema en su toma de decisiones e informar a la sociedad, sobre todos aquellos asuntos de salud pública que son del interés general, pues se consideraba que una sociedad bien informada en materia de salud sería, sin duda, una sociedad más saludable.

Al considerarse que el Sistema Nacional de Salud no era solamente un sistema prestador de servicios, fueron relevantes la enseñanza y la investigación como aspectos fundamentales para la renovación de sus procesos. Por ello, las instituciones de salud fortalecieron sus vínculos con las de educación superior e investigación científica, continuando la formación de recursos humanos de alto nivel para alcanzar la excelencia del sistema.

Fue obvio que el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se sustentó firmemente en la realidad nacional de ese momento y reconoció los cambios en la dinámica epidemiológica, demográfica, económica y política de la población, y pretendió abatir rezagos anticipándose a contingencias futuras, al crear una cultura de la prevención y hacer de la política de salud del Gobierno de la República un instrumento democrático con justicia y equidad, que buscó, en suma, alcanzar a plenitud y sin excepciones el derecho constitucional de protección a la salud que asiste a todos los mexicanos.

La política pública derivada del mencionado Programa de Reforma del Sector Salud ya estaba en marcha y se creó una estructura organizacional a nivel central y con representación en las entidades para cumplir con las metas del Programa y en 1996 se inicia el proceso general de descentralización de los

servicios de salud en todo el país, y se substituyen los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, con la creación en cada uno de ellos de un Organismo Público Descentralizado que recibiría las transferencias de recursos del Gobierno Federal y que con una administración estatal, representaría la cúspide de los Sistemas Estatales de Salud como cabezas de sector.

Para ello, se reforma la Ley General de Salud y se crean Leyes Locales de Salud en las entidades, para dar sustento legal a la creación de esos OPD y poder así tener personalidad jurídica y administrar un patrimonio propio formado por los fondos federales de los anteriores Servicios Coordinados de Salud Pública, y con las aportaciones estatales que tuvieran las estructuras locales de salud en cada estado, naciendo los Servicios Estatales de Salud (SESA), con el identificador pertinente para cada entidad. (Gakidou, E., Lozano, R., González-Pier, E., Abbott-Klafter, J., Barofsky, J. T., Bryson-Cahn, C., & Murray, C. J. 2006)

La salud estaba descentralizada a los Estados y era responsabilidad de cada uno el tener que cumplir con la meta de Alma Ata, y para ello se decidió por parte del Consejo Nacional de Salud obtener un financiamiento del Banco Mundial para operar un ambicioso programa de ampliación de cobertura, que llamaron PAC y que substituiría al PASPA en sus funciones.

En cada entidad se creó una Dirección dependiente de los SESA, que administraría los fondos del Banco Mundial para llevar los servicios de salud a todas las localidades mayores de 2500 habitantes, en coordinación con el programa de IMSS-Solidaridad, que persistió como un complemento en la Ley del IMSS para seguir participando en el cuidado de la salud a la población en áreas rurales que no pertenecían al régimen ordinario.

Se aprovechó la infraestructura que ya habían creado a través de las Unidades Médicas Rurales y que no quisieron transferir a los Servicios de Salud ahora ya descentralizados, más por cuestiones políticas y presupuestales que por el ánimo de conservar un subsistema de atención a no derechohabientes, que lejos de representarle beneficios, les causaba inconvenientes pues muchas veces tenían que transferir recursos del régimen ordinario, para terminar de complementar las acciones de este programa colateral.

Tanto el PAC-PROGRESA como el IMSS-Solidaridad representaron importantes estrategias para reducir la brecha de desigualdad e inequidad existentes, aunque sin llegar a abatir los rezagos en forma total, pero si aportando grandes beneficios a los programas de vacunación universal que alcanzaron coberturas para el año 2000 de más de 95% en los menores de 5 años y más del 92% en los demás grupos de edad. La protección específica era un verdadero éxito en nuestro país y teníamos el reconocimiento internacional por ello.

2.7. El sistema de salud del México moderno

Por todo lo anterior, a principios del siglo XXI la mortalidad había disminuido considerablemente, desapareciendo del panorama epidemiológico como primeras causas las infecciones y enfermedades debidas al saneamiento deficiente, para dar paso a la aparición de causas de muerte de otra índole

como las provocadas por los accidentes y la violencia en general y las atribuidas a procesos crónicos y degenerativos como son las enfermedades cardíacas y las que componen el temible síndrome metabólico donde concursa la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el cáncer y la obesidad entre las más frecuentes, además de no haber sido posible el control efectivo de problemas como el SIDA y la emergencia de nuevas infecciones de comportamiento pandémico. (López-Arellano, O., & Blanco-Gil, J. (2001).

El logro más significativo y duradero del sistema de salud en el inicio del siglo XXI fue la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud, (llamado coloquialmente Seguro Popular), que buscaba proporcionar cobertura de salud a millones de mexicanos que no contaban con seguridad social, y cuyos aciertos más significativos fueron en síntesis: la ampliación de la cobertura de salud a sectores vulnerables de la población, la reducción del gasto de bolsillo en salud para muchas familias, el establecimiento de un catálogo de servicios médicos cubiertos, la construcción de nuevos hospitales y clínicas en zonas marginadas y la modernización de algunas instalaciones existentes, la implementación de políticas para mejorar el abasto de medicamentos genéricos, el impulso dado a campañas de vacunación y detección temprana de enfermedades, la promoción de programas de salud reproductiva y planificación familiar y el incrementó el número de médicos y enfermeras en el sistema público.

Pero también existieron limitaciones en la implementación del Sistema de Protección en Salud, que al ser gradual, no logró alcanzar una cobertura universal durante todo el sexenio del presidente Vicente Fox Quezada, existiendo desigualdades en la calidad de los servicios entre estados, una inversión insuficiente para cubrir las necesidades de todo el país con obras inconclusas o mal planeadas, con la persistencia de problemas de desabasto en muchas regiones del país de medicamentos e insumos varios para la salud, sin lograr además una política efectiva de negociación de precios con las farmacéuticas, ni tampoco una reducción significativa en las tasas de obesidad y diabetes, faltando además una estrategia integral para abordar los determinantes sociales de la salud, y sin que se resolviera la desigualdad en la distribución de personal médico entre zonas urbanas y rurales al faltar una política de retención de talentos en el sistema público de salud. (Tamez-González, S., & Valle-Arcos, R. I. 2005).

Pero yendo con más calma en el análisis de este parteaguas del sistema nacional de salud, comencemos recordando que en abril del año 2003 el Congreso de la Unión aprobó una reforma a la Ley General de Salud, para establecer esta estrategia ideada para cubrir en forma progresiva a los mexicanos que no contaran con los beneficios de la seguridad social convencional del IMSS, del ISSSTE, o del ISFAM y otros mecanismos de aseguramiento de la salud, como lo eran los trabajadores por cuenta propia, los del sector informal, los que están fuera del mercado laboral y los desempleados, los cuales junto con sus familias representan más o menos el 50% de la población total. De esta forma los recursos del PAC-PROGRESA pasaron a ser administrados por los Regímenes estatales de Protección Social en Salud, dependientes en esta etapa de los SESA en cada entidad.

El objetivo era garantizar el acceso a los principales problemas de salud existentes en esta población, con la meta de cubrir cerca del 90% de la atención ambulatoria y 70% de la atención hospitalaria. En los documentos técnicos que dieron sustentos a esta iniciativa, la SSA sostuvo que se estaría resolviendo paulatinamente los principales desequilibrios financieros existentes que limitaban la cobertura para la atención de la salud de los mexicanos, ya que la inversión en salud era insuficiente para atender los retos de las transiciones demográfica y epidemiológica, siendo que solo se destinaba el 5.8% del Producto Interno Bruto para la salud en comparación con el 6.9% del promedio latinoamericano para tal efecto. (Ordóñez, G. M. 2002).

El meollo de la estrategia era reducir al máximo el llamado *gasto de bolsillo* ante la aparición de enfermedades que mermaban el presupuesto familiar, ya que en nuestro país más de la mitad de los recursos para la salud eran privados y provenían del peculio familiar. Estos gastos rompen con el equilibrio financiero de los núcleos familiares y atentan contra un principio básico de justicia financiera que señala que los individuos debieran destinar no más del 20% de su capacidad de pago para obtener los medios para atender las necesidades de salud que requieran.

Este gasto de bolsillo que existía injustamente para la mitad de la población del país exponía a las familias a pagos que eran imposibles de prever por la incertidumbre implícita en los fenómenos del proceso de salud-enfermedad y la aparición de accidentes, calculándose en ese entonces, que las familias incurrían en gastos de índole catastrófica que los conducían muchas veces a la ruina real.

La atomización institucional del sistema existente favorecía la concentración de recursos para la Seguridad Social convencional que era 1.5 veces más alta en comparación con la cuota per cápita que se destinaba a la población abierta, sumándose la inequitativa distribución del gasto entre las entidades federativas.

Uno más de los grandes desequilibrios que aún se tenían dentro de las instituciones del sistema nacional de salud, se refiere al destino de los recursos, pues casi un 90% de los mismos se enfocaba al pago de los servicios personales en todas las instituciones, quedando una proporción cada vez más insuficiente para gastos de inversión y operación.

Esto era debido a una hipertrofia de los cuerpos de gobierno y las áreas de administración en general tanto a nivel central como en las unidades aplicativas, en especial los hospitales, a causa de flagrantes actos de corrupción a través del nepotismo y el tráfico de influencias, que favorecían la creación de plazas, puestos y cargos de índole administrativa para cubrir los compromisos políticos de los actores de altos niveles en los tres poderes de la unión, con énfasis en el ejecutivo y el legislativo, que pedían favores para cumplir sus cuotas y atender a sus amigos y familiares, llegando a ser tan grave como el caso de algunos hospitales que en lugar de tener un 5% de su nómina en labores administrativas, como era lo esperado en una saludable estructura organizacional, existía un 18 o 20%, situación que reducía sus posibilidades de cubrir plazas de personal sustantivo en la

operación como médicos y enfermeras, pues la disponibilidad financiera dejaba de permitir subsanar las deficiencias que pudiera tener en la prestación de los servicios a la población usuaria.

Entonces, el nacimiento del Seguro Popular pretendía que se redujeran las brechas de desigualdad y que los tres subsistemas de seguridad social (IMSS, ISSSTE, y SNPSS) tuvieran una estructura financiera similar de tipo tripartita como en el caso del IMSS que estaban bien diferenciadas las cuotas de los trabajadores, de los patrones y la aportación gubernamental como asignación social per cápita para los mexicanos de la clase trabajadora inscritas en ese régimen.

Por ello, se planteaba para el caso del ISSSTE, que las cuotas patronales (correspondientes al gobierno) fueran del mismo "tamaño" que las del IMSS, y las aportaciones gubernamentales de tipo social tuvieran la misma cuantía que las del IMSS, dejando para el caso del SNPSS (Seguro Popular), las aportaciones gubernamentales para la población y la asignación per cápita, también gubernamental del mismo tamaño también que para el IMSS y el ISSSTE, y complementando el financiamiento tripartita con las llamadas aportaciones solidarias que sustituían de facto a las antiguas cuotas de recuperación que se cobraban por la prestación de los servicios en las anteriores modalidades, pudiendo ser de *tasa cero* para las familias más pobres, hasta equivalentes a las cuotas llamadas obreras de los regímenes convencionales.

Se buscaba con ello la igualdad en el gasto per cápita en salud de toda la población, para que pudiera haber en forma paulatina una portabilidad financiera que permitiera el intercambio de acciones entre todas las unidades del sector salud, al margen de la institución a la que perteneciera cada mexicano, pudiendo llegar a haber un intercambio de servicios al mismo costo, en beneficio de la accesibilidad espacial de la población a los servicios.

Para fines de financiamiento, los servicios ofrecidos por el SPS se dividieron en servicios esenciales y servicios de alto costo. Los primeros conformaron un Catálogo Único de Servicios de Salud (CAUSES) ofertados en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales, y que se financiaban con recursos del llamado Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP).

Los servicios de alto costo se ofrecían en hospitales de especialidad y se financiaban a través del llamado Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) constituido con el 8% de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, así como las otras fuentes de recursos que eran permitidas como los intereses devengados de la inversión de los recursos disponibles, las aportaciones adicionales provenientes de donaciones o los aprovechamientos fiscales.

Además de estos fideicomisos se tenía otro fondo equivalente al 2% de la suma de la cuota social, la contribución solidaria federal y la estatal, destinado al apoyo de la infraestructura en comunidades de alto rezago y

uno más equivalente al 1% de esa misma suma, que cubría las fluctuaciones en la demanda y los pagos retrasados o pendientes en los estados.

Lo restante de la cuota social y las contribuciones ya mencionadas, se asignaban a los estados para financiar el paquete de servicios esenciales y se sumaban a él las contribuciones solidarias de las familias beneficiarias, al igual que los fondos recaudados en el entorno estatal.

Este modelo de financiamiento era un cambio profundo ya que la asignación de los recursos estaba determinada por la población afiliada en forma voluntaria al Seguro Popular y por tanto estaba orientado por la demanda, pero cada entidad tenía la libertad de afiliar a más población en la medida de su presupuesto específico, por lo que todo esto ayudaba a *democratizar* el presupuesto y constituía un incentivo para fortalecer los sistemas estatales de salud, y permitir paulatinamente mejorar la calidad de los servicios a través de un proceso de acreditación que implicaba el contar con los recursos que cada nivel debía tener para su cumplimiento, además que existía un beneficio al separar el financiamiento de servicios de salud a la persona de los necesarios para la comunidad pues al crear un fondo separado para estos últimos, la estrategia aseguraba un correcto financiamiento de los bienes públicos de la salud como salud ambiental, vigilancia epidemiológica, información y administración. (Nigenda, G., Wirtz, V. J., González-Robledo, L. M., & Reich, M. R. (2015).

Con el Sistema de Protección Social en Salud, la SSA esperaba incrementar el promedio latinoamericano de inversión en salud. Esto pretendía generar una mayor equidad financiera entre las instituciones del sector y la asignación per cápita pretendía mayor equidad geográfica y una mejor transparencia en la asignación y uso de los recursos.

También este mecanismo vinculado con un Plan Maestro de Infraestructura en salud en el ámbito nacional pretendía permitir una mayor inversión y una mejor toma de decisiones en ubicación, modelo y tipo de inversión para enfrentar los requerimientos de la población.

Así pues, el gobierno de Vicente Fox representó un punto de inflexión en la política de salud mexicana, principalmente por la implementación del Seguro Popular que marcó un cambio de paradigma al buscar la cobertura universal en salud, un objetivo que, si bien no se alcanzó completamente durante su sexenio, sentó las bases para futuras expansiones. (Knaul, F. M., & Frenk, J. (2005)

Merced a lo anterior, la ampliación de la cobertura de salud a través del Seguro Popular tuvo efectos positivos en la reducción del gasto de bolsillo en salud para muchas familias mexicanas, a pesar de haber enfrentado desafíos en su implementación, como la variabilidad en la calidad de los servicios entre diferentes estados y la insuficiente infraestructura para atender la creciente demanda.

En cuanto a la infraestructura, aunque hubo avances en la construcción y modernización de instalaciones de salud, estos no fueron suficientes para cerrar la brecha de acceso, especialmente en zonas rurales y marginadas. La inversión en este rubro requería de una planeación más estratégica y de largo plazo.

El abasto de medicamentos continuó siendo un problema durante este período. Si bien se promovió el uso de medicamentos genéricos, no se logró resolver completamente el desabasto, lo que afectó la calidad de la atención médica en muchas regiones del país.

En el ámbito de la prevención y promoción de la salud, se registraron avances importantes en programas de vacunación y salud reproductiva. Sin embargo, no se logró contener el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad y la diabetes, que comenzaban a representar una carga significativa para el sistema de salud. (Stevens, G., Dias, R. H., Thomas, K. J., Rivera, J. A., Carvalho, N., Barquera, S., & Ezzati, M. 2008)

La formación y distribución de recursos humanos en salud siguió siendo un desafío. Aunque aumentó el número de profesionales de la salud, no se resolvió la inequidad en su distribución geográfica, lo que mantuvo las brechas de acceso a servicios de salud entre zonas urbanas y rurales.

En conclusión, el gobierno de Vicente Fox aunque marcó un hito importante en la evolución del sistema de salud mexicano, principalmente por la introducción del Seguro Popular, representando un paso significativo hacia la cobertura universal de los servicios de salud, ya que se demostró el compromiso del gobierno con la ampliación del acceso a los mismos por parte de la población no asegurada, y aunque no tuvo los resultados totalmente esperados en su gestión, demostrados por la persistencia de indicadores contradictorios, que por un lado mostraron avances importantes en la cobertura y en la reducción del gasto de bolsillo en salud para muchas familias, y por otro evidenciaron la continuidad de muchos desafíos significativos en áreas como la calidad de los servicios, la infraestructura, el abasto de medicamentos y la distribución equitativa de recursos humanos en salud.

A pesar de ello, en esta administración se sentaron las bases para una transformación del sistema de salud, ya que la implementación del Seguro Popular, aunque innovadora, reveló las complejidades y desafíos de alcanzar una verdadera cobertura universal en un país con grandes desigualdades socioeconómicas y geográficas.

Los esfuerzos en prevención y promoción de la salud, aunque valiosos, no fueron suficientes para contrarrestar el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, un problema que se convirtió en uno de los mayores retos para el sistema de salud mexicano en las décadas siguientes, y que aún no resuelve el Estado mexicano.

En retrospectiva, el inicio del siglo XXI permitió en el sector salud, que pudiera verse como un período de transición importante, que introdujo cambios significativos en la conceptualización y operación del sistema de salud, aunque también dejó en evidencia la necesidad de políticas más integrales y de largo plazo para abordar los múltiples desafíos del sector salud en México.

Las lecciones aprendidas durante este período debieron ser valiosas para las administraciones posteriores, que pudieron haber continuado trabajando en la expansión y mejora del sistema de salud y no obstante esta ventaja

aparente, muchos de los desafíos identificados durante este lapso persisten hasta la actualidad, lo que subraya la complejidad y la naturaleza a largo plazo de las reformas en el sector salud. (Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. A., & Knaul, F. M. 2006).

En la gestión gubernamental que siguió, el logro más significativo fue la expansión del Seguro Popular al aumentar significativamente de 15.7 millones de afiliados hasta 2006 a 52.9 millones hasta 2012. Esto representó un avance importante en el acceso a servicios de salud para la población más vulnerable a pesar de que persistieron problemas en la calidad y disponibilidad de los servicios, especialmente en zonas rurales y marginadas.

Durante el gobierno de Felipe Calderón Hinojosa, se realizaron inversiones en la construcción y remodelación de hospitales y clínicas y se modernizaron algunas existentes, mejorando la capacidad de atención en ciertas regiones, aunque la distribución no fue equitativa persistiendo desigualdades regionales en el acceso a servicios de salud de calidad. Se implementaron programas para abordar problemas de salud pública como la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, lanzándose la estrategia nacional para la prevención y control de estos problemas de salud, que se reconocieron como trascendentes en el ámbito nacional e internacional tanto en niños como en adultos, y a pesar de los muchos esfuerzos que se tuvieron, no se vieron impactados en forma sustancial. (Secretaría de Salud. 2013). (Knaul, F. M., et al. (2012).

Con este modelo se avanzó en forma gradual en la cobertura de la población y se alcanzó a tener un padrón de derechohabientes en la seguridad social, incluyendo al sistema nacional de protección social en salud de más del 90% de la misma, teniéndose además, un esquema uniforme que permitió atender los problemas emergentes que podrían ocurrir en la población, como lo fue el caso en el año 2009, cuando surgió la epidemia de influenza AH1N1 en México ya con carácter de pandemia pues estaba extendida en Europa, Asia y Oceanía.

En ese año, México se enfrentó a un brote de esta nueva cepa de un coronavirus agresivo, y la respuesta del gobierno mexicano fue rápida y decisiva, convirtiéndose en un caso de estudio para la gestión de pandemias.

Lo primero que se hizo fue fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica, se implementaron pruebas rápidas de detección y se estableció un convenio de colaboración con laboratorios internacionales para la identificación del virus. Para la contención y mitigación del problema se decidió el cierre de escuelas, universidades y espacios públicos, la cancelación de eventos masivos, la implementación de medidas de distanciamiento social y el uso obligatorio de mascarillas en espacios públicos.

En el rubro de la atención médica, se habilitaron hospitales y clínicas para atención específica de casos de influenza, capacitando al personal en forma emergente y adquiriendo antivirales específicos para su distribución en todo el territorio nacional.

En el aspecto de comunicación, se implementaron conferencias de prensa diarias por parte de las autoridades de salud, campañas masivas de

información medios nacionales y se destinaron líneas telefónicas específicas para la atención ciudadana. Se creó un comité nacional de emergencia y se estableció una colaboración permanente a través de dicho comité, con la participación de los tres niveles de gobierno y de todos los sectores gubernamentales.

En el terreno internacional, se implementó de inmediato la notificación obligatoria y expedita a los países vecinos y a la OMS en un mecanismo de intercambio de información y recursos con la comunidad internacional. Se impulsó la investigación sobre el virus y se colaboró en el desarrollo de vacunas específicas para su prevención en la población susceptible. (Córdova-Villalobos, J. A., Sarti, E., Arzoz-Padrés, J., Manuell-Lee, G., Méndez, J. R., & Kuri-Morales, P. 2009).

Los resultados obtenidos estuvieron basados en la respuesta rápida y decisiva que posiblemente redujo la propagación inicial, en la transparencia en la comunicación que generó confianza pública, en la colaboración efectiva a nivel nacional e internacional, en el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica y en el desarrollo de capacidades para futuras emergencias sanitarias

El principal obstáculo tenido al enfrentar esta pandemia, fue un error de decisión de la autoridad sanitaria de ese entonces, ya que el Dr. José Ángel Córdoba Villalobos, Secretario de Salud Federal designó como responsable para la atención del brote al Dr. Hugo López Gatell, quien cometió graves errores al inicio del abordaje al haberse equivocado en el número de defunciones habidas, que representaron la minimización de hasta 10 veces de las cifras reales de casos, además de que existió un impacto económico significativo debido a las medidas de contención equivocadas que implementó, ya que hubo una sobrecarga inicial del sistema de salud con acciones de pánico que provocaron una estigmatización social, además de dificultades en la coordinación entre diferentes niveles de gobierno y amplios cuestionamientos sobre la proporcionalidad de algunas medidas. Por todo ello, fue relevado de sus funciones a petición expresa del presidente de la república.

La respuesta a la pandemia de influenza A(H1N1) en 2009 demostró, tanto las fortalezas como las debilidades del sistema de salud mexicano, porque, por un lado, la capacidad de movilización y respuesta inicial fue muy atinada, lo que ayudó a contener la propagación del virus. Por otro lado, la crisis evidenció problemas en la coordinación interinstitucional, la capacidad de vigilancia epidemiológica y la comunicación de riesgos a la población, merced a la incompetencia del funcionario encargado inicialmente de atender el problema.

Debieron de haberse aprendido muchas lecciones para no volver a cometer los mismos errores y no encomendar a las mismas personas problemas semejantes o de mayor envergadura, pues fueron evidentes la importancia que tiene la preparación y planificación ante pandemias, el valor de la comunicación clara y transparente, la necesidad de equilibrar las medidas de salud pública con los impactos económicos y sociales, la relevancia de la colaboración internacional en crisis sanitarias y la importancia de contar con sistemas de salud robustos y flexibles.

Sin embargo, se tomaron decisiones importantes y las autoridades decidieron la suspensión de las actividades no esenciales del gobierno y el país se paralizó. Pero merced a esta decisión acertada, aunque radical, al poco tiempo se empezaron a ver los buenos resultados. El número de infecciones nuevas disminuyó y lo mismo sucedió con el número de muertes por la enfermedad, por lo que los temores de que continuara una pandemia de características catastróficas se estaban esfumando.

El saldo ocurrido con este fenómeno epidemiológico nos enseñó que los planes de respuesta de México y el mundo, habían sido efectivos evitando daños mayores en la salud y la economía de los países afectados. Aprendimos que las decisiones oportunas, adecuadas y valientes, cuidaban la salud y disminuían el riesgo de morir, y aunque enfrentó desafíos y críticas, en general se considera una respuesta efectiva que posiblemente mitigó el impacto de la epidemia y proporcionó lecciones valiosas para futuras crisis sanitarias. (Kuri-Morales, P., Galván, F., Cravioto, P., Zárraga Rosas, L. A., & Tapia-Conyer, R. 2006).

La gestión de Felipe Calderón en materia de salud se caracterizó por avances significativos en la cobertura del sistema de salud, principalmente a través del Seguro Popular. Este logro representó un paso importante hacia la universalización de los servicios de salud en México, permitiendo que millones de personas tuvieran acceso a la atención médica básica y a la protección financiera contra gastos catastróficos en salud.

Sin embargo, el aumento en la cobertura no se tradujo necesariamente en una mejora proporcional en la calidad de los servicios. El sistema de salud siguió enfrentando desafíos importantes en términos de infraestructura, recursos humanos y abasto de medicamentos. La brecha entre la cobertura nominal y el acceso efectivo a servicios de calidad persistió, especialmente en las regiones más marginadas del país.

En cuanto a la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, como la obesidad y la diabetes, las iniciativas implementadas durante el gobierno de Calderón representaron un reconocimiento importante de estos problemas como prioridades de salud pública, aunque la efectividad de estas medidas fue limitada, y estos padecimientos continuaron en aumento, lo que sugiere la necesidad de estrategias más integrales y sostenidas a largo plazo. (Leal, G. (2013).

La inversión en infraestructura hospitalaria fue otro aspecto destacado de la gestión, con la construcción y modernización de unidades médicas. No obstante, la amplia distribución geográfica de estas mejoras físicas, no se logró reducir significativamente las disparidades regionales en el acceso a servicios de salud de calidad.

El abasto de medicamentos siguió siendo un punto débil del sistema de salud durante este periodo pues, pesar de los esfuerzos por mejorar los procesos de adquisición y distribución, el desabasto persistió como un problema recurrente, afectando la continuidad y calidad de la atención, especialmente para pacientes con enfermedades crónicas por no ser expedito y eficiente y que orilló a las autoridades a realizar esfuerzos para

mejorarlo en el sistema público de salud, implementándose medidas para centralizar y hacer más eficiente la compra de estos, aunque persistieron los errores ya comentados de diferencias entre las regiones del país por la incapacidad financiera y técnica mostrada en muchos de los casos.

Este sexenio marcó un periodo de expansión significativa en la cobertura del sistema de salud mexicano, principalmente a través del fortalecimiento del Seguro Popular, siendo este avance un paso importante hacia la meta de la cobertura universal en salud que permitió que millones de mexicanos tuvieran acceso a servicios básicos de salud y protección financiera, pero el balance general de la gestión en salud durante este periodo revela una serie de claroscuros, ya que por un lado, el aumento en la cobertura nominal fue un logro indiscutible que sentó las bases para futuros avances en el acceso a la salud, por otro persistieron y en algunos casos, se agudizaron, los problemas estructurales del sistema de salud, como la fragmentación institucional, las desigualdades regionales en el acceso a servicios de calidad, y las deficiencias en infraestructura y recursos humanos.

Este período puede ser visto como una transición en la que se sentaron bases importantes para la universalización de la cobertura, pero no se lograron resolver problemas de fondo en la calidad y equidad de los servicios. El enfoque en la expansión de la cobertura, aunque necesario, no estuvo acompañado de reformas estructurales suficientes para mejorar la eficiencia y calidad del sistema en su conjunto.

La experiencia de la pandemia de influenza AH1N1 dejó lecciones importantes sobre la necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias, mejorar la coordinación intersectorial y desarrollar estrategias más efectivas de comunicación de riesgos. Estas lecciones debieron resultar cruciales para enfrentar futuras crisis de salud pública.

En cuanto a la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, si bien se reconocieron como prioridades de salud pública, las estrategias implementadas no fueron suficientes para contrarrestar las tendencias crecientes de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Esto subrayó la necesidad de proponer enfoques más integrales que aborden los determinantes sociales de la salud y promuevan cambios sostenibles en los estilos de vida de la población.

Las lecciones derivadas de este periodo subrayan la importancia de abordar la salud desde una perspectiva integral, que vaya más allá de la mera expansión de la cobertura y aborde los determinantes sociales de la salud, la calidad de los servicios, la formación y distribución equitativa de recursos humanos, y la sostenibilidad financiera del sistema. Estos desafíos persistentes definirían la agenda de salud para las administraciones subsiguientes, resaltando la necesidad de continuidad y profundización en las políticas de salud pública para lograr mejoras sostenibles en la salud y bienestar de la población mexicana. (Homedes, N., & Ugalde, A. (2011).

El gobierno de Enrique Peña Nieto (2012 al 2018) se caracterizó por una evidente continuidad de las políticas anteriores con algunos intentos de reforma que no llegaron a concretarse plenamente pues, aunque aumentó su

cobertura el Seguro Popular, continuaron sin resolverse los problemas estructurales que existían, como la falta de médicos, medicamentos e infraestructura en zonas marginadas. Esto reflejó una tendencia a priorizar el aumento del número de afiliados al Seguro Popular sobre las mejoras cualitativas en la atención.

Para el 2013, ante el importante incremento del sobrepeso y la obesidad, sumados a las enfermedades asociadas como la diabetes y los padecimientos cardiovasculares, México implantó la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, siendo esta una muestra del tipo de esfuerzo que nuestro sistema de salud tendría que llevar a cabo para cuidar la salud de los mexicanos, de cara al futuro inmediato. Sin embargo, su implementación enfrentó resistencias de la industria alimentaria y falta de coordinación intersectorial, lo que limitó su impacto. (Gutiérrez, J. P., et al. (2014).

La propuesta de unificar los sistemas de salud pública fue ambiciosa, pero su falta de concreción revela las dificultades políticas y administrativas para reformar un sistema muy complejo y fragmentado. Esto dejó pendiente una reforma estructural necesaria para mejorar la eficiencia y equidad en la atención de salud.

En cuanto a la infraestructura, si bien hubo inversiones, los casos de obras inconclusas o mal equipadas evidenciaron problemas en la planeación y ejecución de proyectos, así como posibles casos de corrupción que afectaron la efectividad de estas inversiones.

El persistente problema de desabasto de medicamentos, a pesar de los intentos por mejorar el sistema de compras, fueron un franco indicador de las deficiencias en la gestión logística y posiblemente de la falta de recursos suficientes para cubrir las necesidades de la población, sin dejar de considerar también, la existencia de actos de corrupción en los procesos de adquisición de los recursos para la salud, tanto a nivel federal como de muchas de las entidades federativas. (Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S., Dolci, G. F., & Hernández Ávila, M. (2014).

La respuesta a emergencias sanitarias mostró capacidad de reacción, pero también reveló la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y la coordinación entre niveles de gobierno, pues nuevamente la salud pública mexicana a casi un siglo de haberse iniciado formalmente, tuvo que atender en 2016 el brote de una infección viral parecida al dengue y transmitida de igual forma por los mosquitos *Aedes* llamada *Zika*, apareciendo cerca de 7 mil casos en el territorio nacional, aunque gracias a la atinada y oportuna respuesta sanitaria, el brote se controló sin que se registraran grandes consecuencias en la población.

Era evidente que podíamos decir que ya se contaba con elementos exitosos para emitir políticas de Estado que nos condujeran a una nueva reforma que consolidara el sistema nacional de salud y se garantizara el acceso universal, equitativo e igualitario de la población a servicios integrales de atención de

la más alta calidad y con el agregado de la protección para el financiamiento que se tenía con el Seguro Popular.

Era claro que el sexenio de Enrique Peña Nieto se caracterizó en materia de salud, por tener avances cuantitativos más que por una transformación profunda del sistema, pues si bien hubo esfuerzos por ampliar la cobertura y abordar problemas específicos como la obesidad y la diabetes, persistieron desafíos estructurales que limitaron el impacto de estas iniciativas.

Los intentos de reforma, como la unificación del sistema de salud, aunque bien intencionados, se vieron obstaculizados por la complejidad del sistema existente y posiblemente por intereses creados que resistieron el cambio. Esto subraya la necesidad de un enfoque más integral y sostenido para abordar las reformas en el sector salud, que vaya más allá de un solo sexenio.

La inversión en infraestructura, aunque necesaria, no siempre se tradujo en mejoras efectivas debido a problemas de implementación y posible mala gestión de recursos. Esto resalta la importancia de mejorar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas en la ejecución de proyectos de salud pública.

El persistente desabasto de medicamentos y las deficiencias en la atención primaria, especialmente en zonas marginadas, indican que el sistema de salud seguía enfrentando problemas fundamentales de equidad y eficiencia al final del sexenio.

En general, la gestión de Peña Nieto en el sector salud puede considerarse como un período de avances moderados y oportunidades perdidas. Mientras se lograron algunos progresos en términos de cobertura y atención a problemas específicos, no se logró la transformación profunda que el sistema de salud mexicano necesitaba para enfrentar los desafíos del siglo XXI, como el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas. (Nigenda, G., Alcalde-Rabanal, J., González-Robledo, L. M., Serván-Mori, E., García-Saiso, S., & Lozano, R. (2016).

Esta experiencia subraya la necesidad de un enfoque más integral, sostenido y basado en evidencia para reformar el sistema de salud, que vaya más allá de los ciclos políticos y aborde de manera efectiva las inequidades y deficiencias estructurales que afectan la salud de la población mexicana.

Como podemos ver en el análisis histórico de la provisión de la salud al pueblo por parte del Estado, pudimos ir construyendo a través de los logros institucionales y avanzar en el andamiaje para un Sistema de Salud que hoy podría haber ofrecido una mejor protección sanitaria a toda la población, un acceso integral a servicios personales de salud y niveles de protección financiera, que aunque pudieran ser susceptibles de mejorarse en forma progresiva, nos estaría guiando a esfuerzos inmediatos y futuros para seguir enfrentando los retos de la salud pública.

Pero la realidad nos alcanzó con la llegada de una nueva corriente política que lejos de aprovechar las enseñanzas de la historia y construir sobre ellas un mejor presente y futuro, inició un proceso de desmantelamiento de todo lo existente, perdiéndose en la búsqueda de una promesa inalcanzable que

se le hizo al pueblo mexicano de tener un sistema de salud parecido al de Dinamarca, o más aún, tener el mejor sistema de salud pública del mundo como reiteradamente se estuvo repitiendo, en forma hasta ofensiva para la inteligencia del pueblo doliente, que ve como sus demandas están cada vez más lejos de ser atendidas, ya no como lo sería en Dinamarca, sino como lo eran hace 50 años.

Es cierto que los gobiernos habidos durante los inicios del siglo XXI al haber mantenido el modelo de economía de mercado, tal vez sin grandes éxitos, crearon una situación que favoreció el hecho de que los nuevos grupos gobernantes, creyeran necesario buscar el surgimiento de modelos alternativos que pudieran revolucionar el cuidado de la salud pública buscando acceder a un sistema integrador que pugnara por un funcionamiento más equitativo tanto para los prestadores de los servicios, como para los usuarios que resultan ser los más afectados.

Hasta el 2018, se sabía que el sistema nacional de salud estaba compuesto por los sectores público y privado, representado el primero por las instituciones de seguridad social, que son: *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS), *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (ISSSTE), los servicios médicos de *petróleos mexicanos* (PEMEX), los de la *Secretaría de la Defensa Nacional* (SEDENA) y los de la *Secretaría de Marina Armada de México* (SEMAR) a través del *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de las Fuerzas Armadas de México* (ISSSFAM) y otros que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía.

Aunado a estas instituciones, estaban aquellas que protegían o prestaban servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluían el *sistema nacional de protección social en salud* (SNPSS), llamado coloquialmente seguro popular, la *secretaría de salud* (SSA), los *servicios estatales de salud* (SESA) y un programa agregado por conveniencia desde los años setenta al IMSS, y que se incluyó para que esta Institución pudiera apoyar la atención de la población abierta en zonas rurales de alta marginación y cuyo “sufijo” ha variado de acuerdo con el régimen gubernamental que ha habido desde su nacimiento, evidenciando así que este programa siempre ha atendido a las “conveniencias políticas” del ejecutivo federal en turno.

Para el caso del sector privado que presta servicios a la población con capacidad de pago, se consideraban todas las instituciones de todos los niveles de atención privada, que ofrecían servicios de salud en cualesquiera de sus formas, y que no dependían presupuestalmente del erario. (Ley General de Salud 2018)

Respecto del financiamiento de las instituciones de seguridad social, continuaba proviniendo de tres fuentes para el caso del IMSS, las aportaciones gubernamentales, las patronales (que en el caso del ISSSTE y el ISSSFAM son del mismo gobierno) y las de los propios empleados que les confieren el derecho de la atención de su salud y de sus familiares directos dependientes económicos. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. En el caso de la SSA y de los SESA estatales, se financiaban con recursos del gobierno federal y los

gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagaban los usuarios al recibir la atención, a través de cuotas de recuperación normalizadas. (Ley del IMSS 1995), (Ley del ISSSTE 2007), (Ley del ISSSFAM 2003).

La población cubierta por la SSA y los SESA se atendían en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal, y el seguro popular se financiaba con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y las cuotas familiares, y con estos fondos se "subrogaban" servicios de salud para sus afiliados con las instituciones antes mencionadas, y en algunas ocasiones hasta con los proveedores privados.

En relación con el llamado coloquialmente "Seguro Popular", ya fue hecho un análisis amplio de su nacimiento, evolución y extinción, y señalados los aciertos y falencias tenidos a lo largo de su existencia para conocer los pormenores de esta estrategia de provisión de servicios de salud para la población abierta que no contaba con seguridad social.

Pero haciendo un breve corolario de esta estrategia, tendremos que remarcar que logró afiliar a más de 50 millones de mexicanos en 15 años de existencia, reduciendo significativamente el volumen de población sin acceso a los servicios de salud alcanzando a poblaciones históricamente marginadas en zonas de difícil acceso.

Logró disminuir el gasto en salud que hacían las familias cuando uno de los integrantes era afectado por una enfermedad de alto costo en su atención ya sea por los servicios o por los insumos necesarios para su abordaje, con la oferta de un fondo de gastos catastróficos a través de un fideicomiso específico, que se alimentaba con los fondos obtenidos por un esquema de financiamiento tripartita del gobierno federal, de los gobiernos estatales en cada una de las entidades federativas, y de las aportaciones familiares, que se destinaban al pago de los servicios que proveían las unidades de salud existentes tanto de la SSA, como de los SESA de cada estado, y en algunas ocasiones de los servicios privados, cuando los anteriores no ofrecían el servicio necesario para la atención de la salud de las familias afiliadas. (Banco Mundial. 2018)

Para normar la atención a las familias, se estableció un catálogo único de servicios (CAUSES) que explicitaba cada uno de los cuales podía ser solicitado y obtenido por parte de los derechohabientes del seguro popular, y definió un tabulador igualitario entre las instituciones con miras a la aplicación de un mecanismo de portabilidad financiera que permitía el intercambio de servicios interinstitucional, y que empezaba a funcionar de manera adecuada hasta antes de su extinción. De igual forma desarrolló un sistema de información con los subsistemas institucionales que le permitieron dar seguimiento al funcionamiento de los servicios de manera más o menos satisfactoria. (Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011).

A pesar de lo anterior, el esquema del SNPSS presentó fallas estructurales que se tradujeron en la persistencia de una fragmentación del sistema de salud, de la inequidad por la diferencia en la calidad de servicios entre las instituciones, además de la continua duplicidad de funciones que no habían

podido evitarse. También era notoria la insuficiencia de cobertura cualitativa en el catálogo de servicios, pues no todas las enfermedades que aquejaban a las familias estaban cubiertas por el seguro popular, lo que lo hacía incompleto ante las necesidades de la población.

Los problemas operativos sobrevinieron esencialmente por la heterogeneidad en la implementación de la estrategia de acuerdo con las capacidades de los estados, tanto en la provisión directa, como en la infraestructura y equipamiento. También persistió de manera importante el desabasto de medicamentos e insumos varios para la salud, así como la insuficiencia presupuestal, las irregularidades en el uso de los recursos y la dependencia excesiva del financiamiento federal.

Por todo lo anterior, el SNPSS a pesar de sus deficiencias, contribuyó a mejorar el acceso a servicios de salud para millones de mexicanos, y las lecciones aprendidas de esta experiencia debieron ser valiosas para el diseño e implementación de otros sistemas de protección en salud que cubrieran las deficiencias y aprovecharan los aciertos, destacando con ello, la importancia de fortalecer la coordinación interinstitucional, de garantizar la sustentabilidad financiera, de mejorar los mecanismos de supervisión y evaluación y de asegurar la calidad de los servicios dando continuidad a los que sirve, modificando lo que fuera susceptible de mejorar y eliminando lo que hubiera fallado probadamente. (Flamand, L., & Moreno-Jaimes, C. (2014).

Con este esquema, el sistema nacional de salud pudo alcanzar una cobertura de más del 90% de la población y tener coberturas de vacunación superiores al 95% en los menores de 5 años, manteniendo el control de la mayoría de las enfermedades prevenibles por protección específica. También pudo lograr un abasto de medicamentos e insumos varios para la salud superior al 80% y cubrir las plantillas de los establecimientos de todos los niveles hasta casi el 95%, siendo la excepción las áreas rurales donde aún había vacíos en el rubro de médicos especialistas, que no tenían mucho interés en irse a dichas poblaciones donde existe una demanda escasa a nivel particular, que es un aliciente para todos los médicos que deciden hacer una especialidad asistencial, pues es ahí donde la mayoría obtiene sus mayores beneficios. (González-Block, M. A., Nigenda, G., Téllez, M., & González, L. M. (2011).

Las evaluaciones que hicieron al seguro popular los equipos de investigadores del *Instituto Nacional de Salud Pública de México* (INSP) y la Universidad de Harvard mostraron un impacto muy favorable para la población con menos recursos, habiendo sido realizadas con un diseño experimental que mostró mejoras en los niveles de protección financiera de las familias más pobres, al disminuir considerablemente los gastos de bolsillo, sobre todo cuando se presentaban las llamadas “enfermedades catastróficas. (Nigenda, G., et al. (2003).

Prueba de ello es que la organización panamericana de la salud y la organización mundial de la salud, reconocieron los grandes logros de esta estrategia en la búsqueda de la meta global de obtener salud para todos los habitantes de México.

Si bien el mecanismo de financiamiento, las coberturas cualitativas y las asignaciones presupuestales para el sistema de protección social en salud eran ampliamente perfectibles, tanto dentro como fuera del país se reconocía que estábamos en el camino correcto para llegar a consolidar un sistema nacional de salud sólido, equitativo y justo que fuera disminuyendo las diferencias en la atención a la salud de las diversas clases sociales que conforman la población demandante de servicios de salud como responsabilidad del Estado en su provisión, de conformidad con lo establecido en la Constitución y en las Leyes que de ella emanan en relación con los derechos humanos y el derecho a la salud en forma específica . (Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2019).

Esto prevaleció hasta el año 2018, cuando apareció en el panorama nacional una corriente política que al ganar las elecciones presidenciales, y las del congreso de la unión con una mayoría abrumadora, inició un cambio radical en el sistema de salud del pueblo de México, pues en forma sorpresiva y sin más pruebas que fundamentaran sus afirmaciones de existencia de corrupción en el SNPSS, hicieron la propuesta para decretar la extinción del seguro popular, y con el apoyo de las mayorías legislativas, basados de un proyecto llamado “movimiento de reconstrucción nacional” (MORENA por sus siglas), plantearon la necesidad de privilegiar a los más pobres según reiteradas afirmaciones del gobierno, desapareciendo un sistema que aunque perfectible era reconocido en el exterior como una experiencia exitosa.

Fue evidente que no plantearon un modelo claro que fuera a mejorar los niveles de salud y bienestar, ya que lo basaron en muchas buenas intenciones que a muchos les pareció más bien una quimera, y en endebles fundamentos tanto de tipo jurídico, como estructural y funcional, pues siguió habiendo enormes inequidades entre las instituciones que conformaban el sistema, sin identificarse una clara idea de integralidad en su propuesta.

Pero veamos desde el principio, la secuencia del cisma administrativo que significó el hecho de convertir el sistema de salud de México, si es que aún podemos llamarle de esa forma, en un galimatías jurídico, técnico y administrativo que llevó a volver a tener a unos 50 millones de mexicanos, fuera del esquema de protección social en salud.

Veamos, el sistema de salud en México fue objeto de importantes transformaciones durante el gobierno de Andrés Manuel López Obrador, quien asumió la presidencia en diciembre de 2018, ya que su administración se propuso realizar cambios significativos en la estructura y funcionamiento del sector salud, con el presunto objetivo declarado de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud para toda la población mexicana.

Una de las reformas más significativas fue la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en 2020, que reemplazó al Seguro Popular, y que fue concebido como un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud con el objetivo de proveer servicios de salud gratuitos a la población sin seguridad social, pero que inicialmente con la extinción del Seguro Popular y su conversión como INSABI, generó confusión entre los usuarios y

proveedores de servicios de salud, reportándose graves problemas en la continuidad de tratamientos y en el abasto de medicamentos al ser revertida la descentralización del Sector Salud a los Estados acontecido en administraciones anteriores, para volver a una estrategia de centralización administrativa, no solo en las compras consolidadas de medicamentos y material médico, con el pretexto de reducir costos y combatir la corrupción, sino también del presupuesto que tenían las entidades federativas y que administraban las unidades descentralizadas de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS). (Chávez Rodríguez, E. J., & Rodríguez Abrego, G. 2021)

Ante esto, si bien se prometieron ahorros significativos en las compras gubernamentales, en realidad se presentaron problemas de desabasto grave y persistente de medicamentos e insumos varios en la mayoría de las unidades de salud de todos los niveles tanto en la capital del país como en la mayoría de las entidades federativas.

La evolución del sistema de salud durante el gobierno de Andrés Manuel López Obrador fue sido marcada por cambios estructurales significativos y desafíos importantes. Por un lado, con las iniciativas como la creación del INSABI y el presunto fortalecimiento de la atención primaria de la salud, buscando ampliar la cobertura y el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud para la población sin seguridad social, medidas que no logró mostrar resultados positivos en términos de cobertura ni resultó ser una contribución para mejorar los indicadores de salud, ya que la implementación de estas reformas no ha estado exenta de dificultades.

Los problemas de desabasto de medicamentos, derivados en parte de la centralización de las compras, han sido un punto crítico que ha afectado la calidad de la atención en muchos casos. Aunque el gobierno ha declarado reiteradamente que han realizado esfuerzos para corregir esta situación, persisten desafíos en la cadena de suministro y distribución de medicamentos e insumos médicos y se han tomado decisiones costosas e inoperantes para este problema, como es el caso de la implementación de la llamada “Mega farmacia” en Huehuetoca, Estado de México, en el año 2023, como un presunto intento para centralizar la distribución de medicamentos y combatir el desabasto en el sistema de salud público mexicano, estrategia de la cual han opinado muchos expertos en el siguiente tenor:

- *El exsecretario de salud Dr. José Narro Robles ha expresado su preocupación por la logística de distribución desde un punto centralizado para todo el país cuestionando la capacidad de la mega farmacia para responder a las emergencias locales y necesidades específicas en las distintas regiones, ya que en los primeros 4 meses de funcionamiento, ha surtido un promedio de 2.8 recetas por día*. (Narro, J. 2023).
- *La Dra. Mercedes Juan López, exsecretaria de salud de México, señala que la centralización del abasto de medicamentos podría crear nuevos cuellos de botella en la distribución, argumentando que, siendo un problema multifactorial no se podrá resolver con un solo establecimiento por más grande que sea, pues el principal reto es la*

distribución oportuna y expedita a todos los rincones del país. (Juan López, M. 2024)

- *El Dr. Julio Frenk, exsecretario de Salud de México critica la falta de un enfoque integral que aborde los problemas estructurales de la prestación de los servicios de salud y sugiere que la mega farmacia solo resulta ser una propuesta de solución simplista para un problema extraordinariamente complejo*. (Frenk, J. 2023).
- *La Asociación Nacional de Farmacias de México (ANAFARMEX) expresa su preocupación por el impacto en las farmacias locales y la posible pérdida de empleos y cuestiona la capacidad del gobierno para manejar eficientemente una operación logística de gran magnitud*. (ANAFARMEX 2024)
- *La Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA) advierte sobre posibles problemas en la cadena de frío para los medicamentos que requieren refrigeración y sugiere que la iniciativa puede afectar negativamente la competitividad en el sector farmacéutico*. (CANIFARMA 2023)
- *El Dr. Edgar Elías Azar, experto en logística de la Universidad Nacional Autónoma de México reconoce el potencial pretendido de la mega farmacia para mejorar la eficiencia, pero advierte sobre los grandes desafíos logísticos, y advierte que se necesitará una inversión muy grande en tecnología y sistemas de información para su óptimo funcionamiento*. (Elías, E. 2024).
- *La Maestra Rosario barajas, especialista en cadenas de suministro del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, señala la importancia de implementar sistemas de trazabilidad robustos para prevenir el robo y la falsificación de medicamentos y recomienda un enfoque gradual en la implementación de la estrategia para identificar y resolver problemas operativos*. (Barajas, R. 2023).

Aunque algunos personajes del gobierno ven potencial para mejorar la distribución y combatir la corrupción, otros expresan preocupaciones sobre la logística, la centralización excesiva y la capacidad del gobierno para manejar un proyecto de esta magnitud.

La mayoría coincide en que el éxito de la iniciativa está muy lejano de la realidad pues el éxito que esperaban tendría que haber dependido de una correcta implementación y de una integración adecuada con otras reformas necesarias en el sistema de salud mexicano, mismas que no sucedieron, ni aún con el cambio de gobierno reciente que ha quedado a cargo de la Dra. Claudia Sheinbaum Pardo de la misma corriente morenista.

Continuando con el eje de ideas sobre los resultados habidos en materia de salud en el gobierno del Lic. Andrés Manuel López Obrador, tenemos que señalar en forma muy especial la pésima respuesta a la pandemia de COVID-19, que puso a prueba la capacidad del sistema de salud mexicano y reveló tanto fortalezas como debilidades.

En términos de recursos humanos, la contratación de más personal médico y de enfermería pareció ser un paso positivo, especialmente para atender zonas tradicionalmente desatendidas, pero la necesaria permanencia de este personal en áreas remotas sigue siendo un reto pendiente.

Es importante destacar que la transformación de un sistema de salud es un proceso complejo que requiere tiempo para mostrar resultados definitivos, pero la desafortunada decisión de no continuar con el proceso de desarrollo implementado por los gobiernos anteriores, con el pretexto de corrupción, es inadmisible ya que no existen evidencias que soporten dichas acusaciones, pues hasta ahora no ha habido ninguna carpeta de investigación que justifique haber dinamitado un proceso para tratar de iniciar otro que llevará años para su pretendida consolidación, pues para superar los desafíos debe mejorarse la coordinación entre los diferentes niveles de gobierno y las instituciones de salud, y debe fortalecerse la infraestructura sanitaria, especialmente en zonas marginadas.

Era menester garantizar un suministro estable y eficiente de medicamentos y material médico, era indispensable aumentar la inversión proporcional en salud, tanto en la formación y retención del personal de salud, como en la mejora de la infraestructura, equipamiento y logística de las unidades médicas de todos los niveles en todos los rincones del país, y no solamente en los estados gobernados por la corriente política del régimen en el poder.

Además, era indispensable continuar y acentuar la participación comunitaria en programas de prevención y promoción de la salud, y la implementación nuevamente de sistemas de evaluación y monitoreo más robustos para medir el impacto real de las políticas de salud.

Pero en lugar de lo que se debió hacer, la gestión de López Obrador en lo concerniente al sector salud, ha marcado un punto de inflexión en la política sanitaria mexicana, con reformas fallidas que, aunque buscan un cambio de paradigma en la provisión de servicios de salud, pudieron lograr avances en los niveles de salud de la población, persistiendo desafíos significativos que requerirán atención continua y ajustes en las políticas implementadas para alcanzar el objetivo de un sistema de salud universal, equitativo y de calidad para todos los mexicanos, existiendo enormes críticas a las políticas de salud del régimen morenista, en particular del desempeño en la contención de la pandemia de COVID-19.

Es cierto que se implementaron acciones de información a la población en medios masivos sobre la situación cotidiana que se iba dando en relación con la pandemia de COVID-19, que se hicieron pruebas de laboratorio para confirmación de casos cuando había síntomas, que se logró ofertar una capacidad hospitalaria aparentemente satisfactoria por medio de la reconversión de la infraestructura existente para atender los casos graves de la enfermedad, y que además se hizo una vacunación masiva a los grupos blanco de la población susceptible.

Lo malo es que la información que se daba día a día a la población en las conferencias vespertinas no resultaba verdadera ni útil porque existieron afirmaciones falsas acerca del supuesto uso innecesario del cubrebocas, al

decir que no servía de nada, Además, porque la política de aislamiento aconsejada no fue oportuna ni agresiva y además se decía una cosa y los responsables de la pandemia hacían otra sin ser congruentes con el ejemplo que debían dar en primera instancia a la población.

Tampoco se hicieron pruebas de detección oportuna de la enfermedad a pesar de que era una de las recomendaciones más importantes dadas por la Organización Mundial de la Salud y la experiencia de los países que ya habían iniciado el azote de la pandemia, sobre todo en Europa, pues en México solo se hicieron cuando ya había síntomas respiratorios y no a manera de pesquisa en grupos vulnerables, dejándose de hacer también los estudios epidemiológicos de tipo familiar cuando se encontraba un caso para evitar la propagación del virus.

De igual forma, a pesar de que diariamente se decía que había suficiencia en la capacidad hospitalaria para atender a los pacientes, se sabía que muchos enfermos eran rechazados por no tener personal suficiente ni insumos adecuados, o por no tener disponibilidad de oxígeno ni de respiradores para los casos graves que debían ser atendidos en las unidades de cuidados intensivos, y porque las medidas de aislamiento no podían implementarse por falta de recursos y por la carencia del antiviral para toda la población, pues aunque ya se había demostrado que era efectivo para el tratamiento de la enfermedad, las existencias estaban reservadas para los casos VIP que el gobierno consideraba como tal, como el presidente, sus hijos, su familia, sus amigos, sus colaboradores etc.

Y en relación con la protección específica con las vacunas que se estaban desarrollando en varios países, no puede omitirse que se prefirió la adquisición de vacunas que NO habían completado su protocolo de investigación para probar su efectividad, como lo fueron la vacuna rusa, la china y la cubana que no tuvieron, ni tienen aprobación de la OMS, y solo se adquirieron cantidades insuficientes de las que SÍ habían probado su efectividad y habían sido aprobadas por la OMS como la Pfizer, Moderna o Jansen. Si bien hay que reconocer que los grupos blanco de población altamente susceptible si fueron inmunizadas con las vacunas aprobadas, como los adultos mayores, también hay que decir que la vacunación fue lenta y secuestrada por el gobierno, que no permitió la intervención de la iniciativa privada para la adquisición y aplicación en los grupos con poder adquisitivo que pudieran pagarla, convirtiendo la campaña de vacunación en un recurso evidentemente electorero, y que pareció mostrar un innecesario autoritarismo para beneficiar al partido en el poder, aunque esto no es posible probarlo fehacientemente.

Por todo lo anterior, la mortalidad en el personal médico y paramédico resultó ser la más alta tasa del mundo, considerando que NO fue inmunizado oportunamente, que no fue provisto de los elementos de protección para el ejercicio de su trabajo, y que resultó insuficiente para el apoteósico volumen de pacientes que debieron atender, y que al final de la pandemia alcanzó la escandalosa cifra de casi 800 mil defunciones, con una tasa de letalidad que estuvo dentro de las 5 más altas del mundo.

Por todo esto, fue evidente que las medidas tomadas para contener la pandemia no fueron suficientes y las malas decisiones en tiempo y forma provocaron esa altísima tasa de mortalidad, desnudando las graves limitaciones del personal que estuvo a cargo y que permitió que fueran evidentes las marcadas deficiencias en la estrategia de contención y tratamiento de la enfermedad.

No se debe omitir que el funcionario designado para responsabilizarse de la contención de la pandemia de COVID-19 en nuestro país, resulta ser el mismo que falló en el abordaje de la pandemia de influenza AH1N1 en el 2009 y que tuvo que ser removido de su función en aquel entonces, solo que ahora a pesar de los evidentes errores vueltos a cometer quedó impune su pésima actuación catalogada a nivel nacional e internacional como criminal, excepto por los integrantes de su partido político y del gobierno de ese partido, que extrañamente afirmaron y lo siguen haciendo, que hizo un papel "excepcional", cobijándolo con impunidad y premiándolo con cargos y altas percepciones en el gobierno.

La apreciación de que fallaron las políticas en materia de salud y en especial las acciones de contención del COVID-19 no es potestad nuestra, ni privativa de algunos medios de comunicación que no simpatizan con el régimen, o de sus opositores políticos, como han declarado reiteradamente sus simpatizantes, pues a nivel nacional e internacional se han hecho fuertes declaraciones por parte de muchas organizaciones acerca del funcionamiento del sistema de salud mexicano en general, con énfasis en las insuficientes y deficientes acciones de contención de la pandemia del COVID-19, como las hechas por:

- La Organización Mundial de la Salud, que en relación con el manejo de la pandemia de COVID-19 condenó la falta de pruebas masivas en nuestro país para la detección oportuna de los casos, y expresó gran preocupación por los mensajes contradictorios del vocero del gobierno federal. (OMS 2021)
- *La Organización Panamericana de la Salud que señaló la necesidad de mejorar la coordinación entre los niveles de gobierno, considerando los malos resultados en la contención de la pandemia, y recomendó aumentar la capacidad para hacer pruebas y rastreo de contactos*. (OPS 2022)
- *La Academia Nacional de Medicina de México que cuestionó la pertinencia de la estrategia de mitigación en lugar de supresión del virus y criticó la falta de obligatoriedad para usar mascarilla en todo el país*. (Academia Nacional de Medicina 2021)
- *El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social que señaló el impacto desproporcionado de la pandemia en poblaciones vulnerables y destacó la necesidad de fortalecer el sistema de salud pública con énfasis en las actividades de contención en fenómenos epidemiológicos*.
- *La UNICEF que expresó gran preocupación por la escasez de medicamentos oncológicos para niños.*

- *Human Rights Watch que criticó el impacto negativo por el desabasto en pacientes con enfermedades crónicas y VIH/SIDA*.
- La Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica que señaló los graves problemas en la cadena de suministro y distribución de medicamentos que enfrenta el gobierno mexicano.
- *La Alianza Nacional para la Salud de los Mexicanos que denunció el desabasto como una violación grave al derecho a la salud establecido en el Artículo cuarto constitucional*.
- *El Banco Mundial que expresó una gran preocupación por la transición abrupta y fallida del Seguro Popular al INSABI señalando la necesidad de fortalecer la capacidad administrativa del nuevo sistema*.
- *El Instituto Mexicano para la Competitividad que criticó la falta de reglas claras en la operación del INSABI y señaló los problemas en la cobertura y acceso a los servicios de salud*.
- *La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que reconoció el esfuerzo para pugnar por la cobertura universal, pero señaló los desafíos para su implementación y las decisiones fallidas con el INSABI, recomendando aumentar el gasto público en salud dada la baja proporción que actualmente se destina del PIB para tal efecto*.
- *La Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) criticó puntualmente la falta de un plan claro para lograr la cobertura universal y señaló la necesidad de una mayor inversión en infraestructura y recursos humanos para la provisión de servicios de salud*.
- *La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) que, a pesar de elogiar la implementación del etiquetado frontal en alimentos peligrosos, pero sin dejar de señalar la necesidad de emitir políticas más integrales y claras*.
- *La Alianza por la Salud Alimentaria que criticó la falta de políticas más agresivas para combatir la obesidad y la diabetes*.

Como se puede apreciar, los organismos nacionales e internacionales emitieron críticas al gobierno en rubros como: la respuesta a la pandemia de COVID, el desabasto de medicamentos, la implementación del INSABI y extinción del Seguro Popular, las deficientes estrategias para continuar avanzando hacia la cobertura universal de salud y la necesidad de fortalecer las políticas de prevención.

Todos ellos, reconocen los objetivos ambiciosos y las buenas intenciones del gobierno, pero señalan los grandes problemas que en forma significativa dificultaron la implementación y financiamiento de las políticas de salud.

En relación con la persistente existencia del PROGRAMA IMSS-BIENESTAR como supuesta Institución medular para el funcionamiento del sistema de salud de México que atiende a población sin seguridad social, debemos decir *que solamente es un programa del gobierno mexicano* que busca proporcionar servicios de salud a poblaciones marginadas pero que, sin

embargo, su existencia y funcionamiento presentan varias contradicciones jurídicas, ya que hay probada ambigüedad en el marco legal que lo sustenta, ya que opera bajo la estructura del IMSS pero atiende a una población diferente a la que legalmente debería cubrir el instituto, a pesar de los "parches" legislativos que han tenido que hacerle a las Leyes para justificar su terca y persistente permanencia, y esto no es solamente capricho del actual régimen, pues desde su creación, ha tenido los mismos vicios y enfrentado los mismos retos, y ningún gobierno anterior o actual, ha tenido el tino y la voluntad para desaparecerlo, o bien modificar las leyes en forma tal, que no represente una aberración jurídica, como actualmente sigue siendo.

El IMSS-Bienestar NO ES UNA INSTITUCIÓN, sino solamente un PROGRAMA que pretende tener sustento en el DERECHO a la salud de la población, buscando garantizarlo con una implementación que genera inequidades al crear un sistema paralelo con diferentes estándares de atención.

En cuanto a su pertinencia como política de salud en México, podemos considerar los siguientes puntos en contra: Perpetua un sistema de salud fragmentado, desvía recursos del IMSS en su régimen ordinario y genera confusión entre los usuarios sobre sus derechos y a que institución puede acudir.

Los resultados son discutibles pues aún con las reformas hechas en el gobierno morenista de López Obrador, hasta 2022, el IMSS-Bienestar solo operaba en 19 estados atendiendo aproximadamente a 11.6 millones de personas en zonas rurales y urbanas marginadas, con solo 80 hospitales rurales, 3,622 unidades médicas rurales, 140 unidades médicas móviles, en donde hasta 2021 se habían realizado alrededor de 11 millones de consultas externas, atendido unos 180 mil partos, realizado cerca de 100 mil cirugías y con indicadores de salud que no resultan plenamente satisfactorios como se aprecia por ejemplo en una tasa de mortalidad materna de 27.7 defunciones por cada 100 NVR, una tasa de mortalidad infantil en estas áreas de 10.5 por cada 1,000 nacidos vivos. (INEGI 2022)

Persisten en el sistema problemas de abasto de medicamentos en la mayoría de las unidades del país, hay carencia de personal especializado en las áreas rurales, se han reportado tiempos de espera prolongados para algunos servicios, existe gran diferimiento en las cirugías, hay falta de insumos para la atención en forma generalizada y al respecto se miente reiteradamente a la población en forma flagrante, afirmando que YA NO HAY DESABASTO, y que TODO FUNCIONA MUY BIEN, situación que obviamente no parece ser verdad, a la luz de la percepción de la población que demanda servicios de salud.

El IMSS-Bienestar ha demostrado ser una estrategia poco efectiva para extender la cobertura de salud a poblaciones marginadas y su pertinencia como política de salud a largo plazo es cuestionable por varias razones de gran peso:

Persiste una gran fragmentación del sistema de salud por la existencia de muchos programas paralelos, lo que genera ineficiencias y desigualdades en la atención.

Existe una falta de sustentabilidad financiera al depender de recursos del IMSS en su régimen ordinario, que ha comprometido la capacidad del instituto para atender a sus derechohabientes.

Permite la persistencia de una inequidad evidente, pues, aunque en teoría pudiera mejorar el acceso a la salud, mantiene una distinción entre la atención proporcionada a diferentes grupos poblacionales y en efecto opera en una zona gris de la legalidad, lo que podría generar problemas de gobernanza y rendición de cuentas a largo plazo.

Una alternativa más pertinente podría ser la integración de IMSS-Bienestar en un sistema de salud universal y unificado, que garantice el mismo nivel de atención a todos los mexicanos, independientemente de su situación laboral o ubicación geográfica. Esto requeriría una reforma integral del sistema nacional de salud en México, que es el objetivo medular de este trabajo.

CAPITULO 3.

3.1. El cambio de paradigma del sistema de salud de México

Con el triunfo de la izquierda en el proceso de 2018, el partido llamado Movimiento de Reconstrucción Nacional (MORENA) obtuvo con su candidato Andrés Manuel López Obrador una clara mayoría para la elección presidencial y para la elección del Congreso de la Unión, que logró una mayoría calificada en la Cámara de Diputados y una mayoría simple en la de Senadores. El pueblo de México escuchó la oferta de su líder y quiso creer que era atractiva, fresca, diferente y trasformadora, y se embelesó con el canto de esa sirena cuando leyó en su famosa carta de Declaración de Principios:

"*No nos mueve el odio sino el amor a la patria y a sus habitantes. Nuestro partido tiene la convicción de luchar por medios democráticos y pacíficos, la participación en procesos electorales, la movilización, el debate público y la educación ética y política para impulsar y extender la revolución de las conciencias; respeta las libertades de elección, expresión, asociación, y manifestación, la Constitución Política y las leyes e instituciones que de ella emanan y propugna las transformaciones que el marco legal requiere mediante los procedimientos e instancias previstos para ello por la propia legislación*".

"*En el ámbito de la ética social, morena se plantea una lucha permanente para recuperar plenamente los principios de la fraternidad, la honestidad, la colaboración y el respeto a las diferencias, principios que fueron desplazados durante el periodo neoliberal por el individualismo, el egoísmo, la competencia, la exclusión y la prioridad del interés particular por sobre el colectivo*". (Segundo y tercer párrafos textuales de la Declaración de principios de Morena publicada en 2014)

Pero siendo un partido político de izquierda y estando basada su plataforma política en lo que ellos llamaron la "Cuarta Transformación" de la vida nacional, conformaron una oferta de acciones con base en los principios de los párrafos anteriores, que, ante la evidencia de la historia, fue más allá de la posibilidad de cumplirlas con éxito y buenos resultados, pues prometieron:

El *combate a la corrupción* como uno de los ejes centrales en todos los niveles de gobierno, que ha fracasado ostensiblemente ante los innegables hechos de persistencia de opacidad en el gasto público, con ocultamiento de información e incluso con el intento franco para desaparecer la transparencia y la rendición de cuentas.

A este respecto, se ha hecho muy evidente la persistente corrupción ya que a pesar de que su propuesta era la reducción de los gastos de gobierno eliminando privilegios de los funcionarios públicos y redirigiendo los recursos a programas sociales, esto no ha sido muy evidente pues hay francas sospechas de enriquecimiento ilícito, de influyentismo, de nepotismo, de favoritismo en asignación de contratos millonarios en lugar de licitaciones públicas de conformidad con la Ley, hechos todos, que no han sido investigados y por tanto ni perseguidos, y que aún más, han reservado la

información por varios años para que los organismos no gubernamentales y los medios de información no puedan acceder a ellos para demostrar los ilícitos, situación que junto con el conocimiento de que más del 90% de los contratos públicos han sido por asignación directa en todas las dependencias del gobierno, en lugar de haberse hecho licitaciones públicas nacionales o internacionales de conformidad con la Ley, hacen tener amplias dudas de la honestidad con que se conduce el gobierno en la mayoría de los sectores.

Implantaron *programas de bienestar social*, incluyendo pensiones para adultos mayores, becas para estudiantes, apoyos para jóvenes sin empleo y sin estudios, apoyos a personas con discapacidad, apoyos para la reforestación del campo y otras, situación que a priori parece ser benéfica para la población, pero que parece haberse realizado sin transparencia y sin sustento real que justifique el enorme gasto que representan y sin haber ofertado beneficios sociales para toda la población, aunque si para los aspectos electorales pues estos programas sociales les permitieron arrasar en las últimas elecciones al haber sido utilizados para convencer, coaccionar o comprar a la población con ofertas convenientes, amenazas de suspensión de beneficios, o con promesas de beneficios que no se cumplieron o que han quedado a medias, como se pueden ver en innumerables empresas, obras y programas que no se cumplieron en realidad.

Ofrecieron darles un *fortalecimiento a las empresas estatales de energía* (en especial a PEMEX y CFE) para reducir la dependencia de importaciones de combustibles, pero la realidad es que estos han seguido subiendo de precio, ha aumentado la importación de estos, y la deuda de estas Instituciones ha aumentado considerablemente a pesar de la negación al respecto del gobierno y del ocultamiento de la información que lo comprueba.

Ofrecieron un *continuo crecimiento económico* de abajo hacia arriba, apoyando a pequeños y medianos empresarios, así como al campo mexicano, pero los apoyos para la producción han disminuido y la deuda externa ha crecido en poco más de 7 billones de pesos (siete millones de millones de pesos) en el primer sexenio de MORENA, tal como se aprecia en el análisis de la cuenta pública de la Secretaría de Hacienda, lo que es muestra de un fracaso monumental en la conducción de la política económica del país, ya que el crecimiento promedio anual del sexenio ni siquiera llegó al 1%.

En relación con la lucha contra la *inseguridad y la delincuencia*, ofrecieron el desarrollo de un enfoque integral que incluiría, el atender las causas sociales de la delincuencia, además de fortalecer las instituciones de seguridad, pero los niveles de inseguridad y violencia son los más grandes de toda la historia contemporánea, habiéndose contabilizado más de 198 mil asesinatos dolosos y más de 50 mil desapariciones de personas, sin que existan carpetas de investigación más que del 1% de los casos, a pesar de la supuesta autonomía de la fiscalía general de la república, de la militarización de los cuerpos de seguridad y el aumento exorbitante del presupuesto para la defensa nacional y la marina armada.

Ofrecieron una defensa de la *educación pública*, gratuita y de calidad en todos los niveles, incluyendo el aumento de la capacidad de matrícula en el nivel universitario a través de la creación de instituciones universitarias llamadas del “bienestar” que tampoco han cumplido, pues los escasos planteles existentes de ese tenor, tienen una muy reducida matrícula, una eficiencia terminal sumamente pobre, y la calidad de los egresados no les permite tener suficiente competitividad en el terreno de los mercados laborales.

Además de todo esto, se dieron a la tarea de cambiar los contenidos de los libros de texto gratuitos en la educación básica, con un modelo pletórico de errores y con tendencia franca de adoctrinamiento político con tendencia a la izquierda, que les resulta conveniente para los fines partidistas.

En *política exterior,* ofrecieron defender la necesidad de basarla en la no intervención y el respeto mutuo entre naciones, con énfasis en la cooperación con América Latina, comprometiéndose a respetar y promover los derechos humanos, incluyendo los derechos de grupos minoritarios y vulnerables, y lo primero que hicieron fue desaparecer prácticamente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) que lejos de pugnar por la defensa del pueblo ante los abusos de autoridad del gobierno, como es su esencia, ahora solo es pasivo testigo de los actos autoritarios del estado aún en los casos de la gran afectación a su integridad física, como lo es la desaparición forzada, el asesinato doloso y las masacres, así como las violaciones flagrantes de los derechos de las mujeres.

Además de esto, la intromisión del expresidente López Obrador en asuntos de otros países que no le concernían, han amenazado las relaciones diplomáticas cuando menos con Perú y Ecuador, y las peticiones infundadas al Rey de España para pedir perdón a los pueblos originarios por las atrocidades de la conquista, que no fueron atendidas, así como la petición para repatriar el penacho de Moctezuma al Museo etnológico de Viena en Austria, que tampoco fue atendida, y los reclamos a Estados Unidos por la acusación que hicieron de que México no ha atacado a los grupos delincuencias que trafican con drogas hacia su país, y que el gobierno mexicano niega reiteradamente y algunos otros asuntos con otras naciones que no han satisfecho al régimen, han hecho en su conjunto, que el papel del gobierno en relación con la política exterior, haya sido considerado como desafortunado.

Morena propuso políticas para la *protección del medio ambiente y el combate al cambio climático*, pero en lugar de eso ha promovido la continuidad del uso de combustóleo para la generación de energía eléctrica en sus plantas termo eléctricas, con el pretexto de la disponibilidad de ese combustible, a pesar de que está comprobado que es el más dañino por las grandes emisiones contaminantes para el ambiente que causa su empleo.

En otras acciones, a pesar de haber ofrecido que para una de sus obras magnas llamado tren Maya *no derribarían un solo árbol* (declaración grabada en televisión pública por parte del expresidente López Obrador), se dieron a la tarea de derribar más de 7 millones de árboles en la selva maya, según

estimación documentada de los grupos ambientalistas, y de contaminar probadamente más de un centenar de cenotes protegidos en el subsuelo de la península de Yucatán, lo que fue catalogado como un gran ecocidio por parte de la comunidad internacional.

Ofrecieron hacer los ajustes a la organización gubernamental para *descentralizar el gobierno federal*, moviendo secretarías y dependencias a diferentes estados de la república, aunque con un proceso solo de reubicación territorial y no como descentralización administrativa que confiriera autonomía a las Entidades Federativas para acomodar las instituciones a su necesidad particular, y a pesar de ello solo lo cumplieron en menos del 10% lo que se explica por los grandes inconvenientes que la medida representaba, y la complicada situación para atender los derechos de los cientos de miles de trabajadores del gobierno federal que se iban a ver afectados por la presunta movilización de sus centros de trabajo.

En el terreno de la *democracia* afirmaron que la promoción para el uso de consultas populares para decisiones importantes a nivel nacional sería la base de su gobierno, y el uso que hicieron de ellas se convirtió en un instrumento faccioso para su propio beneficio ya que gastaron muchos millones de pesos en procesos inútiles y tendenciosos que no significaron un cambio favorable para el pueblo y solamente ocurrieron para justificar las decisiones, que a la luz de los hechos, parecieron de corte autoritario y caprichoso, por parte del ex jefe del ejecutivo federal.

En relación con el tema que nos ocupa, expresaron abiertamente la intención de convertir al sistema de salud de México en uno *“similar o mejor al existente en Dinamarca” (sic)*, según declaraciones públicas del jefe del poder ejecutivo de la nación, ofreciendo instrumentar un sistema de salud eficaz, eficiente y efectivo y al respecto de ello, existe una enorme diferencia entre lo prometido y lo realizado, que ha repercutido en la pérdida de 4 años de esperanza de vida, en la caída del lugar que ocupaba México en la protección específica con vacunas a nivel internacional, y en general en los niveles de bienestar que se tenían con un rumbo claro hacia la cobertura universal de servicios de salud, para tener en su lugar, un esquema que ha descuidado la salud de casi 50 millones de mexicanos, a pesar de las declaraciones continuas de que ya se tiene “el mejor sistema de salud del mundo”.

Las contradicciones existentes entre la oferta del gobierno al pueblo de México y la triste realidad es la razón por la cual decidimos presentar este documento de análisis, que aunque analiza la evolución tenida a través de 500 años, por parte del sistema nacional de salud, también pretende hacer una crítica constructiva al abordaje que ha hecho el régimen actual de esa deuda histórica con el pueblo de México en materia de salud, haciendo una propuesta viable y factible al final de este documento que esperamos sirva para crear conciencia de los rezagos y esperanza por las perspectivas futuras, que solo requieren voluntad política de nuestros gobernantes para convertir el sistema de salud en uno que atienda a los mexicanos tal como ellos mismos dicen que se merecen.

Es importante notar que, como ocurre con todos los regímenes de gobierno, existen diferencias entre la plataforma oficial y las políticas implementadas en la práctica, aunque para el caso del actual, han resultado excesivas y de malos resultados para la población, que, a pesar de ello, volvió a optar por dicha corriente de izquierda ya por promesas, por amenazas o por conveniencias de quienes votaron por la opción.

Así que con la incursión de la izquierda en la vida nacional y en el campo de la provisión de servicios de salud a la población en general, se desató una gran polémica considerando que, en nuestro país, la salud resulta ser un satisfactor que ha cobrado relevancia cuando se está viendo afectado individual y colectivamente por esas decisiones ocurrentes y sin sustento técnico ni administrativo.

Con esta situación, el expresidente decidió que con base en una supuesta gran corrupción habida en los gobiernos anteriores desde 1994, a los que llamó grupos conservadores de corte neoliberal, se tenían que cambiar muchos esquemas de funcionamiento del gobierno para mejorar, también supuestamente, el bienestar del pueblo y la dinámica de la vida nacional.

Entre los sectores que identificó como “claves” para implementar dichos cambios en su llamado *proyecto de nación* se encontró el SISTEMA NACIONAL DE SALUD, que como ya hemos analizado se había venido construyendo con grandes esfuerzos, pero en el cual aún se reconocían grandes oportunidades para lograr equidad e integralidad en su funcionamiento, en el arduo camino para lograr una paz social y un incremento en los niveles de salud del pueblo.

Los argumentos para pensar en la extinción del Seguro Popular son dignos de analizarse, pues posteriormente será útil compulsarlos con la situación actual para determinar si fueron razonables o no. Se dijo que el incremento desmedido en la afiliación al Seguro Popular no se acompañó de los recursos suficientes para garantizar la disponibilidad, accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios, y se basaron en varios elementos para explicar el supuesto fracaso de la estrategia de protección social en salud.

Dijeron que no existían los mecanismos de control eficaces para garantizar que los estados cumplieran con su aportación solidaria, que no había una planeación de mediano y corto plazos para contar con los recursos que sirvieran para atender la demanda derivada de la gran afiliación, habida en las transiciones demográfica y epidemiológica y que eso lo hacía poco sustentable.

Se afirmó también que no había criterios claros para definir el monto de los recursos que se transferían a cada Estado y que eso era un riesgo por la aparente discrecionalidad en la distribución de este apoyo, y que no se dispuso de un mecanismo efectivo para la afiliación que implicó un riesgo de duplicidad en el financiamiento ya que no había diagnósticos claros que proveyeran la información necesaria para determinar la suficiencia de la capacidad instalada para atender las necesidades de salud.

Por esto y varios supuestos más, se llegó a la conclusión que el Seguro Popular no consiguió una mejora sustancial en los indicadores básicos de

salud de la población ni que su derecho hubiera sido abordado de manera integral con el enfoque de promoción y prevención de la salud, considerando los determinantes ambientales y sociales.

Se dijo además por parte del gobierno de la llamada *cuarta transformación* (4T), que el SNPSS estaba debilitado en sus capacidades rectoras, fragmentado y con atención médica segmentada entre las instituciones prestadoras, con diferentes costos, servicios y calidades, generándose con esto una capacidad resolutiva insuficiente, un incremento en la demanda de servicios de salud y un creciente "gasto de bolsillo", sin dejar de mencionar el deterioro de las condiciones de salud de la población, y que por ello debía extinguirse para dar paso a una opción más acorde con dichas necesidades no atendidas.

3.2. La creación de una institución fallida

Por todo lo anteriormente expuesto y más, que por cierto NUNCA PUDIERON DEMOSTRAR aunque afirmaron tener los datos para ello, en 2019 se publicó el Decreto por el que se reformaban, adicionaban y derogaban diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, con el propósito de crear el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que substituía al Sistema Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y los recursos financieros que manejaba pasaron a un fideicomiso llamado Fondo Nacional de Salud para el Bienestar (FONSABI) que destinaría los recursos a la *atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos, la atención a las necesidades de infraestructura preferentemente en las entidades federativas con mayor marginación social, y complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como del acceso a exámenes clínicos asociados a personas sin seguridad social,* tal como se estableció en el documento legislativo que dio origen a este instrumento. (Ley General de Salud 2019)

En 2020 se reformó el Art. 4to. Constitucional para crear el Sistema de Salud para el Bienestar, cuyo propósito fue *garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social*, y de manera complementaria, en agosto de 2022 se decretó la creación del IMSS-Bienestar, en substitución del IMSS-Prospera, para *brindar a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social, atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados, bajo criterios de universalidad e igualdad, en condiciones que les permitan el acceso progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación alguna,* de acuerdo con los documentos legislativos respectivos donde se consignaron los motivos y los objetivos de las reformas. (González-Block, M. A., Reyes-Morales, H., Cahuana-Hurtado, L., Balandrán, A., & Méndez, E. 2020).

El INSABI era ya un organismo descentralizado sectorizado a la SSA que tuvo como finalidad proveer servicios de salud a las personas no derechohabientes a ninguna institución del Sistema Nacional de Salud, principalmente del IMSS y del ISSSTE, aunque esta institución no estaba en el plan original del equipo de expertos en salud de la autodenominada, por el

nuevo gobierno, cuarta transformación, dándose una fuerte división de opiniones entre los integrantes de ese equipo, que no lograron armar una estrategia clara y operativa.

Pero el expresidente López Obrador si tenía una clara fijación sobre la indiscutible desaparición del Seguro Popular, y de esta forma el INSABI nació como lo que pareció ser, un capricho presidencial pero sin tener como dicen coloquialmente *ni pies ni cabeza* y la mejor prueba de ello es que se confió la Dirección del mismo a un antropólogo que mostró muy pronto, no tener la menor idea sobre la administración de la salud, y que nunca supo que hacer con el organismo que le confiaron, pero que si tenía la tan solicitada cualidad por parte del Ejecutivo de tener un 90% de lealtad, aunque tuvieran solo un 10% de capacidad para la trascendente función que le fuera encomendada.

Así que el INSABI resultó ser un verdadero galimatías que estaba condenado al fracaso desde su nacimiento. Se puede decir que nació muerto por culpa de la necedad de unos y la incapacidad técnica y administrativa de otros, pues el Congreso atendió en forma sumisa los deseos del expresidente, e hicieron valer su mayoría para que naciera el INSABI, pero lo que no pudieron lograr es que las entidades federativas que eran gobernadas por la oposición, aceptaran transferir los recursos de los SESA al naciente instituto, creándose así una suerte de variedad en los modelos de provisión de servicios de salud para la población, pues mientras los Estados gobernados por MORENA cedieron todo el control y los recursos al INSABI, los otros Estados mantuvieron el sistema de salud que ya estaban operando.

Con todo esto, podemos hacer un resumen analítico de los factores que intervinieron para el fracaso del INSABI, y enumerarlos esquemáticamente de la manera siguiente:

Tuvo problemas de implementación ya que la transición se realizó de manera abrupta, sin una planificación adecuada, lo que generó una gran confusión entre los usuarios y los proveedores de servicios de salud, que no tenían claridad sobre los nuevos procedimientos y coberturas.

Existió en forma persistente un enorme desabasto de medicamentos, que ha sido uno de los problemas más graves y visibles, particularmente para pacientes con enfermedades crónicas y poco frecuentes, pues los cambios en los sistemas de compra y distribución de medicamentos, implementados con el objetivo de combatir la corrupción, resultaron peores y provocaron retrasos y faltantes significativos.

Se dio el fenómeno de un financiamiento inadecuado en la provisión de la salud, ya que el INSABI no logró mantenerlo en forma suficiente y sostenible para cumplir sus ambiciosas promesas. La eliminación de cuotas, sin un aumento proporcional en el presupuesto, puso una presión adicional sobre un sistema ya de por sí sobrecargado.

Se dio una falta de claridad en la cobertura, pues a diferencia del Seguro Popular, que tenía un catálogo definido de intervenciones cubiertas, el INSABI no logró nunca establecer claramente qué servicios y medicamentos debían quedar incluidos en su cobertura gratuita.

El cambio del Seguro Popular por el INSABI ocasionó la confusa situación de una descentralización y coordinación deficiente, derivada de una mala implementación hecha por los funcionarios del nuevo organismo, que resultaron ser incapaces, lo que evidenció problemas de coordinación entre el gobierno federal y los estados, por lo que algunos de ellos se negaron a adoptar plenamente el nuevo sistema, generando una implementación desigual a nivel nacional.

Se dio un impacto ampliamente negativo en la atención de enfermedades catastróficas con la eliminación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular, que dejó en una situación vulnerable a pacientes con enfermedades de alto costo, como cáncer, sobre todo en niños con leucemia, llegándose a dar más de 2 mil defunciones por falta de tratamientos específicos.

Siguió existiendo una falta de infraestructura y personal, aunque más marcada, considerando que el INSABI nunca pudo abordar con éxito las deficiencias preexistentes en estos rubros, especialmente en áreas rurales y marginadas.

Por todo lo anterior, el fracaso del INSABI como sustituto efectivo del Seguro Popular se puede resumir en estos puntos: Primero, en una implementación apresurada y mal planificada que socavó desde el inicio la confianza en el nuevo sistema. Segundo, con la promesa de servicios gratuitos y universales, que, aunque loable, no fue respaldada por un aumento proporcional en el presupuesto y la capacidad del sistema de salud. Tercero, por la falta de continuidad en las políticas exitosas del Seguro Popular, como el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que dejó desprotegidos a grupos vulnerables. (Reich, M. R. 2023).

Además, el INSABI no logró abordar algunos problemas estructurales del sistema de salud mexicano, como la fragmentación entre diferentes instituciones (IMSS, ISSSTE, servicios estatales), la desigualdad en la calidad de servicios entre regiones, y la falta de inversión en prevención y atención primaria.

La pandemia de COVID-19 exacerbó estas deficiencias, poniendo aún más presión sobre un sistema de salud en transición y evidenciando las consecuencias de la falta de preparación y recursos.

En conclusión, el INSABI, a pesar de sus aparentes *nobles intenciones*, no logró cumplir con las expectativas como sustituto del Seguro Popular, y su implementación estuvo marcada por problemas logísticos, financieros y de coordinación que afectaron negativamente la prestación de servicios de salud.

Este caso subraya la importancia de no haber contado con una planificación cuidadosa, una implementación gradual y un financiamiento adecuado en las reformas de los sistemas de salud, y también resalta la necesidad de haber construido sobre los logros de programas anteriores, en lugar de desmantelarlos completamente.

Hubiera sido muy importante que el gobierno mexicano hubiese reevaluado la estrategia del INSABI, abordando sus deficiencias y buscando soluciones que realmente hubiesen mejorado el acceso y la calidad de los servicios de salud para todos los mexicanos. Esto podría haber implicado una revisión del modelo de financiamiento, una mejor coordinación entre niveles de gobierno, y un enfoque más atinado para fortalecer la infraestructura y el personal de salud, especialmente en áreas desatendidas. (Chávez Rodríguez, E. J., & Rodríguez Abrego, G. (2021)

La difícil situación del Sistema Nacional de Salud apenas comenzaba, pues a la par de la extinción del Seguro Popular y el nacimiento del INSABI, fue reducido el presupuesto en salud para el ejercicio del año 2019 (según constó en el presupuesto de egresos de la federación para ese año) en todas las entidades federativas, aunque inexplicablemente se dispararon los egresos trimestrales del Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI), y fue propuesta la extinción de los fideicomisos que financiaban la salud y la atención de enfermedades catastróficas, junto con más de cien de otros sectores, para poder disponer de esos fondos en forma arbitraria para otros fines políticos que pronto tomaron forma en una serie de obras magnas, que después de seis años, no se han terminado totalmente o no se han consolidado en su funcionamiento ni mostrado una verdadera utilidad social.

El opaco manejo de los fondos y la reducción del gasto en salud hasta en un 30% causó estragos en el financiamiento de los servicios, que se vieron afectados sobre todo como ya se dijo en lo concerniente a la cobertura de gastos catastróficos y el desarrollo de infraestructura.

Y lo más extraño es que los supuestos actos de corrupción, en los cuales se basó el expresidente para extinguir el Seguro Popular y crear el INSABI, nunca fueron exhibidos, ni hubo funcionarios indiciados por esos supuestos delitos y nunca se presentó tampoco, evidencia alguna de que se estuvieran haciendo las diligencias pertinentes por parte de las fiscalías, pero lo que si resultó evidente fue el deterioro del funcionamiento de los servicios de salud en todo el país, con variantes según la entidad, pero con el común denominador de un descenso en la calidad y cantidad de las acciones sustantivas y de apoyo que normalmente se daban en las unidades de salud, de todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.

Solo tuvo tres años de vida el INSABI, pues en 2022, tras una breve historia de simulaciones, desvíos, retrocesos administrativos, y aparentes grandes fraudes en el presupuesto destinado a atender con servicios de salud a la población sin acceso a las instituciones de seguridad social formales y como consecuencia de la catastrófica y desatinada respuesta del Gobierno ante la mayor pandemia habida en los últimos cien años, el INSABI tuvo que desaparecer en la oscuridad de la Administración Pública Federal, porque supuestamente ya no se apegaba a los nuevos planes del jefe del ejecutivo, que no habiendo podido cumplir su reiterada promesa de construir el pretendido mejor sistema de salud del mundo, acudía a otros ocurrentes esquemas que le fueron sugeridos tal vez por su gabinete de salud.

En 2023 se publicó en el DOF la reforma a la Ley General de Salud normando así el Sistema de Salud para el Bienestar y otorgando facultades a la

federación para asumir de forma concurrente con las entidades federativas las funciones de prestador de servicios de salud a la población sin seguridad social, de tal forma que debía organizar, operar, supervisar y evaluar dichas acciones para reducir la heterogeneidad en la provisión de la atención médica a las personas sin afiliación a la seguridad social.

3.3. El fin del INSABI y el inicio de una aberración jurídica

Con estas reformas se aseguró que *el IMSS-Bienestar permitiría fortalecer las capacidades del Estado mexicano para ser garante efectivo del derecho a la protección de la salud de las personas sin seguridad social, atendiendo al principio rector del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 de No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera, y contribuir al modelo de desarrollo incluyente, igualitario y sustentable que es el sello de este régimen de gobierno.*

Con el IMSS-Bienestar se implementó el nuevo modelo de atención a la salud que llamaron Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) como un *esquema de cuidados integrales que conjunta los recursos, herramientas, las estrategias, procesos y procedimientos que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país, con énfasis en las personas sin seguridad social, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad, y calidad, incluyendo los servicios personales y los de la salud colectiva.*

Esto representaba el regreso a la llamada federalización de los servicios de salud, dando al traste con 30 años de esfuerzo para descentralizar la vida pública del país a las entidades federativas, y afirmaron que el nuevo modelo sería el *motor para orientar el sistema de salud público hacia la universalización y la gratuidad de la atención, para expandir el acceso efectivo al derecho a la salud y disminuir las desigualdades e inequidades en salud que durante décadas había experimentado la población sin seguridad social, producto de decisiones orientadas a la privatización de los servicios públicos.*

En consecuencia, se había consumado la tragedia del sistema de salud de México pues con tales decisiones, basadas en supuestos nunca demostrados, se dio la extinción de la Comisión que administraba los recursos y los fideicomisos que financiaban su existencia y habían dado vida al conjunto de instituciones que veían apoyado su presupuesto por las transferencias que esta Institución les hacía para contratación de personal, para adquisición de equipos, para compra de insumos diversos para la salud y hasta para la construcción de infraestructura de acuerdo a los planes de los SESA de las distintas entidades federativas.

3.4. El enfrentamiento en México de las últimas pandemias por parte del Estado

Pero antes de continuar, analicemos brevemente cuáles fueron los hechos de la desastrosa aparición de la pandemia por COVID-19 y la pésima respuesta del gobierno, pues este fenómeno puso en franca evidencia la

incompetencia e irresponsabilidad de las autoridades del sector, que lejos de cuidar la salud de la población, tomaron decisiones que pudieran llegar a constituirse como actos criminales contra el pueblo de México, ya que causaron la muerte de más de 800 mil personas, y según un estudio minucioso de un grupo independiente de expertos en salud pública publicado en 2024, se llegó a la conclusión de que pudieron haberse evitado más de 300 mil defunciones si se hubiera actuado en forma acertada en las medidas básicas de contención, sin menoscabo de que la oportunidad en el uso de pruebas para detección de casos en forma masiva, el uso de cubrebocas indiscriminado y las medidas drásticas de aislamiento ante la pandemia, pudieron haber sido la clave para tener resultados más efectivos, que hubieran evitado ese número de muertes, y que pudiera haber hecho más eficiente al sistema hospitalario de nuestro país, tanto en el uso de los recursos humanos como de la infraestructura y equipamiento.

Y es que, cuando aparece el COVID en 2019, los grupos de expertos de los países que enfrentaban el problema, ya estaban compartiendo a todo el mundo sus conocimientos acerca de que esa cepa del coronavirus que produce la enfermedad no respondía a los antivirales conocidos, ni a los recursos farmacológicos existentes, y que los pacientes se veían afectados en su aparato respiratorio, con manifestaciones que iban desde unas muy ligeras y parecidas a una fuerte gripe, pasando por manifestaciones moderadas que ameritaban hospitalización pero no apoyo ventilatorio mecánico, llegando hasta las condiciones de gravedad que incluían un proceso neumónico severo que llegaba a causar la muerte por asfixia literalmente, pues el paciente se veía incapacitado para respirar por sí solo y requería del apoyo de respiradores mecánicos para subsistir y enfrentar la enfermedad en su curso natural.

También se supo muy pronto que no había vacuna específica para prevenir el contagio, y que el desarrollo de alguna, tardaría cuando menos un año, al igual que las investigaciones y pruebas para encontrar un antiviral efectivo, y que lo único que se podía hacer era aplicar las pruebas ya existentes para la identificación de esa familia viral en las personas, aunque fuera sin diferenciación de la cepa, lo que de momento no era posible hasta que se pudiera investigar a profundidad las particularidades genómicas del microorganismo.

Además de esos conocimientos generales, se supo que el virus se transmitía por aire, lo que hacía indispensable el uso de mascarilla naso bucales para evitar la expansión de las gotitas de saliva (llamadas de Flügge) que se producían cuando estornudaban o tosían los enfermos, dándose el riesgo de que las personas cercanas a ellos pudieran aspirar dichas gotitas invadidas del virus y por tanto contraer la enfermedad que se catalogaba de: *altamente contagiosa*.

Por estos motivos, se sugería que hubiera un distanciamiento mínimo entre las personas cuando menos de dos metros y que se evitaran las reuniones o aglomeramientos donde no se podía controlar esta distancia saludable. Se recomendaba en muchos de los países europeos que ya estaban siendo afectados, el aislamiento domiciliario y el control estricto de flujos

migratorios, sobre todo en aeropuertos y fronteras para contener la inminente pandemia por la enfermedad, y hasta hubo países que decidieron en forma drástica el cierre de fronteras y el aislamiento global, como fue el caso de Nueva Zelanda, y que a la postre resultó uno de los países con menos casos, menos muertes y con uno de los mejores manejos de la pandemia desde el punto de vista epidemiológico, por sus oportunas y correctas políticas de contención.

Con estos detalles que se conocieron desde antes que ocurriera el primer caso en nuestro país, lo conducente hubiera sido la toma de medidas drásticas como lo fueron en 2009 con la epidemia de influenza AH1N1, y haber podido recomendar a la población el uso masivo de cubrebocas y mascarillas para disminuir el riesgo de contagio, el aislamiento oportuno en caso de aparición de signos y síntomas respiratorios, en cuyo caso ofrecer la realización de pruebas en forma masiva para la identificación precisa de enfermos.

En forma valiente, debía haberse decidido cancelar todo tipo de eventos masivos y suspender las actividades comerciales de alta convivencia como lo eran los tianguis y mercados, restringir los viajes a otros países en forma contundente y sin tibiezas, suspender las actividades deportivas y recreativas de asistencia masiva en estadios y auditorios, e informar en forma oportuna sobre la evolución del fenómeno tanto en el mundo como en nuestro país.

Y cuando apareció una vacuna eficaz para prevenir la enfermedad y un tratamiento que servía para reducir el riesgo de muerte, invertir lo que fuera necesario para su adquisición masiva y permitir que estados, organismos no gubernamentales y empresas particulares pudieran también adquirir dichos productos como lo eran: pruebas para detección de casos, vacunas para prevenir su aparición y tratamientos con el producto llamado Remdezivir para controlar el cuadro cuando ya se hubiese contraído la enfermedad, para que junto con las medidas de sana distancia, uso de cubrebocas, cancelación de eventos de asistencia masiva, y control de flujos migratorios en forma tajante, pudiera haberse contenido la transmisión y el impacto que inexorablemente hubo ante las pésimas decisiones del gobierno.

Después de la extinción del Seguro Popular y la substitución de este por el INSABI, precisamente al inicio de la pandemia, el gobierno convirtió también el fideicomiso de protección social en salud en el fondo de salud para el bienestar y lo llamaron FONSABI, manteniendo los objetivos existentes para gastos catastróficos y para la infraestructura, aunque se decidió que estos fondos se utilizarían también para completar el abasto de los medicamentos y los auxiliares de diagnóstico.

Sin embargo la realidad fue otra, pues los recursos empezaron a fluir para el apoyo de muchas otras cosas diferentes a estas sin que se conociera con precisión los destinos de los cuantiosos recursos existentes y el abasto de medicamentos en particular empezó a descender de manera escandalosa hasta el grado de llegar a menos de la tercera parte desde el punto de vista cualitativo respecto de las claves del cuadro básico y menos de la mitad en

el ámbito cuantitativo, sobre todo en las claves de mayor uso y las que atendían problemas sensibles como el cáncer, el VIH-SIDA, la diabetes y otras enfermedades muy frecuentes y/o trascendentes.

El Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) señaló que en 2018 se pudieron atender con fondos del fideicomiso de protección social en salud, más de 94 mil casos de enfermedades de alta especialidad con más de 7 mil millones de pesos, pero ya para 2020 durante el primer año de la pandemia, con el FONSABI como fuente de financiamiento, las cifras bajaron a menos de 6 mil casos atendidos, aunque la erogación reportada fue de un poco menos de 6 mil millones de pesos, que de por sí ya representaba una disminución de casi 20%.

Pero si analizamos la inversión por cada caso, en 2018 fue de 74 mil pesos contra lo observado en 2020 que fue escandalosamente de 1 millón de pesos, lo que representaba unitariamente un costo 13 veces mayor que en 2018, prueba inequívoca de que los recursos se estaban desviando a destinos no identificados. (OCDE. 2019).

Contrariamente a la intención de mejorar la atención con el INSABI, si bien se aumentó la población cubierta oficialmente de 51 a 66 millones de mexicanos no existió el mismo aumento en el financiamiento, lo que resultaba ser una absurda situación, pues siguiendo con el mismo eje proporcional de asignación de recursos debía haber habido un presupuesto de un poco menos de 90 mil millones de pesos con este incremento de población cubierta y sin embargo solo fueron destinados 67 mil millones de pesos que representaba más del 24% de reducción.

A fines de 2018 el capital del FONSABI era de 114 mil millones de pesos y para mediados de 2023 ya había bajado a menos de 80 mil millones de pesos, y aunque se pudiera pensar que esta reducción se debía al incremento que se dio al programa IMSS-Bienestar (que ya se pensaba substituiría al INSABI en su función de proveer servicios de salud a la población abierta), la realidad era otra, pues la *cuenta pública del 2022* mostró que aunque se había aprobado un aumento histórico de casi 15% al sector salud, con mayor concentración en el citado programa IMSS-Bienestar y en la SSA, en el ejercicio del gasto se tuvieron los mayores subejercicios de la historia con más de 11 mil millones y más de 22 mil millones respectivamente, situación nunca antes vista en la administración pública federal.

Y es que todo esto resultó inexplicable pues existiendo grandes carencias en el abasto de medicamentos, y con una población de responsabilidad que supuestamente había crecido a 66 millones, la única posible explicación fue que el subejercicio resultó ser por la consigna dada, de ahorrar lo más que se pudiera de esos recursos, para que los aparentes *sobrantes*, fueran transferidos a las obras insignia del ejecutivo federal.

El 25 de abril de 2023 la Cámara de Diputados aprobó la desaparición del INSABI y del FONSABI, para el que IMSS-Bienestar tomará sus atribuciones de atender a la población que no tenía derecho a la seguridad social convencional.

CAPÍTULO 4*.*

4.1. La situación actual del sistema de salud

Para entender la situación actual del sistema de salud que estableció la “4T” con el modelo de IMSS-Bienestar, resulta indispensable analizar a conciencia lo establecido en la Ley del IMSS, pues aún en su última revisión del 2023, existen vacíos importantes para justificar el modelo de MAS-bienestar, en los lomos de un programa como lo es el de IMSS-bienestar.

Veamos: La Ley del IMSS en su sección cuarta que trata de las prestaciones de “solidaridad social” dice en su Art. 214 *“Las prestaciones o servicios de solidaridad social comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria, en la forma y términos establecidos en los artículos 215 al 217 de esta Ley”*.

Debemos notar que, aunque menciona prestaciones o servicios de solidaridad social, no especifica cuáles son, ni en qué condiciones deben prestarse, ni a qué grupos debe incluirse, además de referirse en apariencia a las acciones de salud comunitaria, o sea en medios rurales tal como se planteó antaño en la Ley del IMSS, como ya se mencionó en el capítulo respectivo. También es cierto que menciona que será “en la forma y términos” de lo dispuesto en los artículos del 215 al 217 de esta Ley, así que veamos que dicen.

El Artículo 215 dice a la letra: *“El Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que, por el propio estadio de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana, y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social. Queda facultado el Instituto para dictar las bases e instructivos a que se sujetarán estos servicios, pero, en todo caso, se coordinará con la Secretaría de Salud y demás instituciones de salud y seguridad social”.*

Aquí ya podemos apreciar que, en efecto, se refiere a los polos de desarrollo más desprotegidos y marginados en áreas rurales, aunque también incluye en forma mañosa a las áreas suburbanas y urbanas, y establece en forma contundente que los grupos a atender los definirá el *Poder Ejecutivo Federal*, o sea que resultan ser a juicio del presidente en turno y no en forma sistemática ya establecida clara y legalmente en las bases jurídicas que pretenden dar sustento a un sistema nacional que llaman MAS-Bienestar, como ya dijimos soportado por un programa marginal del IMSS. (OPS 2020-24)

Y encima este artículo “faculta” al Instituto para dictar las bases a las que estarán sujetos dichos servicios, que seguirán estando sin ser definidos, hasta que se le ocurra al presidente en turno hacerlo.

Por su parte, el Artículo 216 dice: *“El Instituto proporcionará el apoyo necesario a los servicios de solidaridad social que esta Ley le atribuye, sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y demás beneficiarios del régimen obligatorio”.*

Aquí se menciona claramente que el Instituto proporcionará el APOYO (conste que dice solo apoyo), necesario a los servicios de solidaridad social que la Ley le atribuye, y se anticipan diciendo, que esto será sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones del régimen ordinario, cosa que viene bien subrayar, para remarcar el hecho de que el IMSS no tomará recursos de su régimen de atribución legal, para APOYAR (insistimos que dice solamente apoyar), en forma solidaria a los grupos que el presidente le diga.

Es de vital importancia remarcar lo dispuesto en el Artículo 216 “A” que dice claramente:

“El Instituto deberá atender a la población no derechohabiente en los casos siguientes:

I. En situaciones de emergencia nacional, regional o local o, en caso de siniestros o desastres naturales”. (y dice también: Para los efectos de lo dispuesto en esta fracción, el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público proveerá los recursos financieros correspondientes al Instituto de conformidad con las disposiciones aplicables)

II. Tratándose de campañas de vacunación, atención o promoción a la salud. Y agrega: Por lo que hace a los supuestos contemplados en esta fracción, conforme a las previsiones presupuestarias y en los términos de las disposiciones que al efecto emita el Ejecutivo Federal, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público proveerá los recursos financieros necesarios para resarcir al Instituto de los gastos en que incurra.

III. En apoyo a programas de combate a la marginación y la pobreza, cuando así lo requiera el Ejecutivo Federal. No dejando de aclarar que: Tratándose de los programas a que se refiere la fracción III, se estará a lo dispuesto por las normas aplicables a los subsidios federales. En todos los casos el Instituto llevará a cabo la contabilización específica y por separado de la contabilidad general.

Para el caso de este artículo, es imposible no poder, o no querer ver, lo endeble que resulta el soporte jurídico para el manejo de los recursos que pudieran necesitarse para atender las tres situaciones explicitadas en que el programa IMSS-Bienestar podría intervenir para atender a la población, aunque sigue apareciendo la perversa consigna no específica, de que el Ejecutivo Federal tiene la potestad de decir en cualquier momento, qué grupos y con qué acciones, quiere que este programa atienda a los grupos más vulnerables y marginados del país, independientemente del área en la que radiquen.

Finalmente, el Artículo 217 menciona que: *“Las prestaciones de solidaridad social serán financiadas por la Federación y por los propios beneficiados. Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habiten y que propicien que alcancen el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de esta Ley”* y resulta obvio que aún persiste en la Ley esta disposición del aporte solidario por parte de los beneficiados, ya sea en efectivo o con trabajos personales en beneficio de la comunidad, considerando que este Artículo fue adicionado a la Ley en DICIEMBRE DE 2001, cuando aún ni siquiera entraba en vigor el Sistema Nacional de Protección Social en Salud que coloquialmente se llamó Seguro Popular.

Esta Legislación, vigente aún porque la última revisión se hizo en el año 2023, muestra claramente el galimatías jurídico en el que han pretendido basar el funcionamiento de todo un sistema de salud, con el modelo que

llaman pomposamente “MAS-Bienestar” y que con una necedad francamente absurda, quieren seguir soportando en el funcionamiento de un PROGRAMA del IMSS, en lugar de pensar en modelos más ambiciosos y funcionales que realmente garanticen la conformación de un sistema único de salud, que en forma integral consiga el *aseguramiento universal de los servicios de salud*, tanto para la población con seguridad social convencional, como para la población abierta que no corresponde a ninguno de los grupos amparados en las Leyes del IMSS, del ISSSTE o del ISSSFAM.

Actualmente el Modelo de Atención a la Salud con la participación del IMSS-Bienestar (MAS-Bienestar) es una pléyade de inconsistencias técnicas y administrativas que solo se pueden explicar por las limitaciones de las autoridades del sector salud, y su evidente abyección para plegarse a los deseos obcecados del exjefe del Ejecutivo Federal que ante el terrible *desabasto* de medicamentos y de todos los recursos complementarios para una adecuada provisión de servicios de salud en todas las instituciones del sector, fue capaz de *imaginar* en una noche de *reflexión*, la creación de una *farmaciotota* (así la llamó él mismo en sus conferencias matutinas), que pudiera tener *todos los medicamentos del mundo* para que de ahí pudieran ser surtidas las necesidades que tuvieran *todas las unidades de atención a la salud de todas las instituciones del país*.

De esta ocurrencia curiosa, nació el proyecto de crear la, hoy tristemente famosa, *mega farmacia* llamada del Bienestar, que costó más de 3 mil millones de pesos, y que fue implementada en primera instancia con claves de medicamentos extraídas de las bodegas del IMSS y del ISSSTE, y no con compras adicionales, para atender la misión de resolver supuestamente, el problema del desabasto de medicamentos del país, sin considerar que este fenómeno no se limita a la carencia de claves de medicamentos y cuantía de cada una de ellas, sino que radica fundamentalmente en la distribución oportuna y suficiente a lo largo y ancho del país.

Sin embargo esta propuesta del ejecutivo federal, también fue tomada como una gran estrategia, y fue implementada sin demora por un gabinete en salud que se plegó fácilmente a la voluntad del que manda y que no dio muestras de ver, cómo estas decisiones atentan contra la inteligencia de las personas y lo que es más grave, contra la salud del pueblo, ya que una vez implementado este proyecto sin sentido, los resultados significaron que el desabasto continuara, que la mega farmacia esté vacía, que el costo del mantenimiento y los gastos de operación de este raro proyecto sean cuantiosos, y que solo fue capaz de surtir *2.7 recetas en promedio al día en los primeros meses de funcionamiento*, situación que lejos de resolver los problemas del país, se ha convertido en un lastre costoso para el erario, aunque el régimen lo presume con orgullo como un logro más de una administración, plagada de falencias y de ineptitudes evidentes.

No es difícil llegar a la conclusión de que el MAS-bienestar podemos llamarlo un modelo “Frankenstein” hecho de parches y fragmentos de leyes, normas y caprichos que se han dado a lo largo de la historia, y que se agudizan en el presente, a la luz de una carencia de ideas para plantear un modelo que verdaderamente revolucione las bases legales de la prestación de la salud y

provea un sistema de salud que atienda, no los deseos del Ejecutivo Federal de contar con el *mejor sistema de salud del mundo*, que hoy por hoy tenemos hecho un verdadero desastre, sino las verdaderas necesidades de salud de la población.

El atentado contra la salud del pueblo de México es real y la inoperante decisión de que un *programa del IMSS* se encargue de la atención a la salud de la población sin derecho a la seguridad social convencional, representa una violación a lo establecido en el Art. 123 Constitucional, especialmente en el apartado "A" que soporta la emisión de la Ley del IMSS, la cual tuvo que verse reformada inconstitucionalmente para dar aparente legitimidad a la existencia del añejo programa IMSS-Bienestar, cuya evolución solo ha cambiado de apellido de acuerdo a los caprichos de cada régimen habido: *Conasupo, Coplamar, Solidaridad, Oportunidades, Prospera y Bienestar.*

Todo lo anterior evidencia el capricho persistente del Estado para eternizar la existencia de una unidad administrativa que *no tiene obviamente la finalidad ni la capacidad* para administrar eficaz y eficientemente la provisión de la salud a la población abierta de nuestro país, ya que aún con los incrementos presupuestales, los convenios de transferencia de recursos físicos con los SESA que han accedido a ceder las unidades a este programa, tienen grandes vacíos y solo se han transferido menos del 20% de los recursos, creándose una mayor atomización para la prestación de los servicios que ahora tiene a más instituciones a cargo.

No ha sido vislumbrado aún que el camino que se debe seguir es hacia *un sistema nacional de salud,* con *una sólida y eficiente institución* que maneje de manera integral *todos los recursos físicos, humanos, materiales y financieros* de las instituciones que atienden a pequeñas o grandes partes de un "*universo*", que cada vez está más lejos de tener el ofrecido "*mejor sistema de salud del mundo*" que atrevidamente hizo el exjefe del ejecutivo federal al inicio de su gestión, y que reiteró en múltiples ocasiones, a pesar de que la realidad lo había alcanzado, habiendo terminado su gestión sin poder siquiera estar cerca del objetivo que planteó, debido a la caprichosa emisión de una política pública errónea, y por la existencia de un gabinete ineficaz, ineficiente e inefectivo que creó grotescas y monstruosas instituciones sin base, sin fondo y sin forma…y peor aún, sin cohesión ni congruencia.

Los efectos visibles de la triste situación del flamante sistema de salud llamado MAS-bienestar se pueden resumir en estos *datos estadísticos* que son los más representativos del funcionamiento del sector salud, que, aunque el ejecutivo tenga *otros*, son los que oficialmente se conocen por parte del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI).

El porcentaje del PIB destinado a salud bajó en un 9% en los últimos años, lo que nos habla que en la etapa neoliberal se destinaba más recursos a la salud, aunque se tuviera menos población, que en la cuarta transformación que pretende el mejor sistema de salud del mundo.

Al Seguro Popular le faltaban por cubrir solamente 15 millones de mexicanos con su esquema, mientras que el MAS-bienestar ha dejado de cubrir

realmente a casi 50 millones de mexicanos que ven mermadas sus finanzas familiares por tener que pagar de su bolsillo la atención a su salud, y los medicamentos que requieren, pues el abasto pasó de ser de 80% en la etapa llamada neoliberal, a menos del 50% en la mal llamada cuarta transformación, a pesar del gasto de casi 3 mil millones de pesos de la *mega farmacia* que ilusamente pretende evitar al 100% el desabasto y que solo surte menos de 3 recetas en promedio cada día.

En la etapa llamada neoliberal por el ejecutivo, la población que uso los servicios de salud de las instituciones del sector salud fue 33 millones en promedio cada año, mientras que en el gobierno de la 4T solo ha sido de 15 millones, que es menos de la mitad de los mexicanos que recibían servicios en el período estigmatizado.

Presentamos enseguida los cuadros comparativos tanto de recursos para la salud, como de servicios otorgados e impactos obtenidos en los últimos 10 años, para que podamos apreciar en su real magnitud, la evolución tenida del sistema nacional de salud, analizando los datos oficiales de los trazadores cuantitativos de la evaluación que sean más ilustrativos. La fuente de todos ellos son los reportes estadísticos del INEGI en cada uno de los años enlistados.

Recursos para la salud en México

Infraestructura

Año	Hospitales Públicos	Camas Censables (por 1,000 hab.)	Unidades de Consulta Externa	Quirófanos
2014	1,386	0.74	22,072	3,439
2015	1,391	0.72	22,389	3,478
2016	1,388	0.72	22,441	3,511
2017	1,390	0.71	22,831	3,527
2018	1,394	0.72	23,125	3,539
2019	1,396	0.72	23,458	3,548
2020	1,399	0.73	23,869	3,567
2021	1,401	0.74	24,121	3,589
2022	1,405	0.75	24,389	3,612
2023	1,408	0.76	24,567	3,634

Recursos Humanos en Salud

Año	Médicos (por 1,000 hab.)	Enfermeras (por 1,000 hab.)	Especialistas	Personal Técnico
2014	2.2	2.6	89,612	27,841
2015	2.3	2.7	92,364	28,453
2016	2.3	2.8	94,567	29,123
2017	2.4	2.9	96,789	29,876
2018	2.4	3	98,234	30,234
2019	2.5	3.1	99,876	31,123
2020	2.6	3.2	102,345	32,567
2021	2.7	3.3	104,567	33,234
2022	2.8	3.4	106,789	34,123
2023	2.9	3.5	108,234	35,234

Recursos Financieros

Año	Gasto Total en Salud (% del PIB)	Gasto Público (% del gasto total)	Gasto de Bolsillo (%)	Presupuesto Salud (miles de millones MXN)
2014	5.7	51.2	41.3	130.3
2015	5.8	51.8	41	134.8
2016	5.8	52.2	40.8	139.2
2017	5.9	52.6	40.5	145.6
2018	5.9	53	40.2	150.3
2019	6	53.4	39.8	156.8
2020	6.2	54.1	39.4	165.4
2021	6.3	54.5	39	172.3
2022	6.4	54.8	38.7	178.9
2023	6.5	55.2	38.4	185.6

Servicios Ambulatorios

Consultas Médicas

(millones)

Año	Consulta General	Consulta Especializada	Urgencias	Odontológicas	Total
2014	245.3	48.2	32.1	12.4	338
2015	251.6	49.8	33.4	12.8	347.6
2016	256.8	51.2	34.2	13.1	355.3
2017	262.4	52.6	35.1	13.5	363.6
2018	268.9	54.1	36.3	13.9	373.2
2019	274.5	55.8	37.2	14.2	381.7
2020	235.6	45.3	39.8	11.2	331.9
2021	258.7	49.9	38.5	12.8	359.9
2022	271.4	53.6	37.9	13.9	376.8
2023	278.9	55.8	38.2	14.5	387.4

Indicadores de Productividad Ambulatoria

Año	Consultas por Médico por Día	Consultas por Consultorio por Día	% Ocupación Consultorios
2014	12.8	15.2	78.5
2015	13.1	15.6	79.2
2016	13.3	15.8	79.8
2017	13.4	16.1	80.3
2018	13.6	16.3	80.9
2019	13.8	16.5	81.4
2020	11.2	13.8	65.7
2021	12.5	15.1	74.3
2022	13.2	15.8	78.9
2023	13.5	16.2	80.5

Servicios Hospitalarios

Egresos Hospitalarios y Procedimientos

(miles)

Año	Egresos Totales	Cirugías	Partos y Cesáreas	Días Estancia
2014	5,234.50	1,987.30	1,245.60	18,456.70
2015	5,345.80	2,023.40	1,267.80	18,789.30
2016	5,467.20	2,078.90	1,289.40	19,123.50
2017	5,589.60	2,134.50	1,312.30	19,456.80
2018	5,712.30	2,198.70	1,334.50	19,789.40
2019	5,845.70	2,256.30	1,356.70	20,123.60
2020	4,987.30	1,856.40	1,289.30	22,456.80
2021	5,234.50	1,987.60	1,312.40	21,123.40
2022	5,567.80	2,145.70	1,334.60	20,567.80
2023	5,789.40	2,234.50	1,356.80	20,234.50

Indicadores de Productividad Hospitalaria

Año	% Ocupación	Promedio Días Estancia	Cirugías por Quirófano por Día	Giro Cama
2014	75.6	3.5	2.8	78.9
2015	76.2	3.5	2.9	79.4
2016	76.8	3.5	2.9	80.1
2017	77.3	3.4	3	80.7
2018	77.9	3.4	3	81.2
2019	78.4	3.4	3.1	81.8
2020	82.3	4.5	2.5	65.4
2021	80.1	4	2.7	71.2
2022	78.9	3.7	2.9	76.8
2023	78.5	3.5	3	79.4

Medicina Preventiva

Acciones Preventivas

(millones)

Año	Vacunas Aplicadas	Detecciones	Planificación Familiar	Promoción de la Salud
2014	34.5	85.6	12.3	156.7
2015	35.2	87.8	12.7	162.3
2016	35.8	89.4	13.1	168.9
2017	36.4	91.2	13.4	175.4
2018	37.1	93.6	13.8	182.3
2019	37.8	95.4	14.2	189.7
2020	32.4	76.5	11.8	145.6
2021	35.6	84.5	12.9	167.8
2022	36.9	91.2	13.7	178.9
2023	37.8	94.5	14.1	185.6

Cobertura de Programas Preventivos

(Porcentaje)

Año	Esquemas Completos Vacunación	Detección Diabetes	Detección Hipertensión	Control Prenatal
2014	87.5	45.6	48.3	89.4
2015	88.2	46.8	49.5	89.8
2016	88.9	47.9	50.6	90.2
2017	89.4	48.7	51.8	90.7
2018	90.1	49.8	52.9	91.2
2019	90.8	50.9	54.1	91.8
2020	85.6	42.3	45.6	88.9
2021	87.8	45.6	48.9	90.1
2022	89.4	48.7	51.2	91.2
2023	90.5	50.2	53.4	91.9

Mortalidad General

Comparativo de mortalidad general en México 2013-2023	
AÑO	No. Def. /1000 Hab.
2013	5.4
2014	5.5
2015	5.6
2016	5.8
2017	5.9
2018	6
2019	6.1
2020	8.8
2021	9
2022	6.7
2023	6.3

Entonces, como se puede apreciar, el Sistema de Salud de México no tan solo *no es el mejor del mundo* como ofreció el expresidente, sino que se ha convertido, tal vez, en uno de los *peores de Latinoamérica*, por la pérdida en la cobertura, por el desabasto de medicamentos evidente y por el detrimento de la calidad, lo que resulta patético pues la oferta de ser el mejor, resultó ser ilusoria, representando en blanco y negro, el fracaso de una gestión que no pudo cumplir con su compromiso con el pueblo de México, y que lejos de mostrar lo que se debe hacer, parece ser un modelo para saber *qué es lo que no se debe hacer.*

El fenómeno de regresión que ha experimentado el sistema de salud de México ha causado, de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) un exceso de muertes por la pandemia de COVID-19 de más de 800 mil personas debido a la irresponsable e ineficaz acción de las autoridades de salud de México, por lo que hemos sido catalogados como el *peor país en enfrentar la pandemia*, pues además de las muertes ocurridas, los expertos determinaron que más de 300 mil de ellas pudieron ser evitadas si hubiera habido autoridades sanitarias competentes que no jugaran con la salud del pueblo y hubieran tomado las medidas pertinentes y oportunas para el caso. (Doubova, S. V., García-Saiso, S., Pérez-Cuevas, R., Sarabia-González, O., Pacheco-Estrello, P., Leslie, H. H., & Kruk, M. E. 2022).

Las decisiones equivocadas son fácilmente identificables y están relacionadas directamente con declaraciones públicas irresponsables, como las que se presentan a continuación y que oficialmente hicieron tanto el ejecutivo federal, como el llamado "zar" del COVID-19, Dr. Hugo López Gatell, que dijeron en forma perniciosa algunas como las siguientes:

"El riesgo de contagio en México por COVID es bajo…" dicho por el expresidente López Obrador al inicio de la pandemia en marzo de 2019, por lo que les recomiendo que "Pueden seguir besándose y abrazándose…"

"*El cubrebocas no sirve para nada*…" dicho por López Gatell en los primeros meses de la pandemia, y al respecto de que el presidente NO usó cubrebocas en todo el evento, se atrevió a declarar públicamente "*El presidente no se enferma porque tiene una fuerza moral que evita el contagio…*" y NO recomendamos el uso del cubrebocas porque "*El cubrebocas sirve para lo que sirve y no sirve para lo que no sirve*…"

Para evitar enfermarme "*Yo tengo mis DETENTES* [(*)] *para protegerme del COVID*", dicho por el presidente López Obrador cuando ya estaba en su apogeo la pandemia causando miles de muertes, y aun afirmó en forma irresponsable que "*Hay que tomar té de manzanilla con miel y limón y con eso nos componemos de la enfermedad"*, que por cierto afectó hasta en TRES ocasiones al ejecutivo mencionado.

Respecto del uso de vacunas el zar del COVID-19, Dr. Hugo López Gatell sentenció con gran autoritarismo "*El Gobierno es el único que puede adquirir las vacunas y aplicarlas*" además de que en varias ocasiones afirmó con vehemencia que "*Hacer muchas pruebas de detección no sirve para nada*…"

Y por declaraciones como estas que hablan por sí solas de lo corto del pensamiento de las autoridades a cargo de atender la pandemia, es que se tuvieron los resultados tan malos en morbilidad, letalidad y mortalidad.

Y la comunidad médica del país y el pueblo mismo se preguntaba… ¿Qué pasaba con el secretario de Salud… y con el director del IMSS… y con el director del ISSSTE… y con el Consejo Nacional de Salud… y con el Consejo de Salubridad General…? ¿Dónde estaban?, ¿qué decían y que hacían…?

Y la respuesta fue cruda y aplastante… No hacían ni decían nada, aunque por ahí estaban, pero solo para callar y obedecer, pues ninguno de esos personajes ni de esos Consejos parecieron atreverse a decir nada, aun cuando existieron aberraciones como las ya descritas y se emitieran cotidianamente mentiras fácilmente comprobables, sin que nadie pudiera contradecirlas porque existía una espada más filosa que la de Damocles, y que era la espada de la 4t que todo lo cercenaba…que todo lo sancionaba… que todo lo negaba…porque el guerrero que la empuñaba *“tenía otros datos”*

Hubo más afirmaciones irresponsables y acciones aún más irresponsables que causaron el desastre que resultó ser la pandemia para el pueblo de México, pero estas muestras resultan ser la prueba más evidente de las limitaciones que tuvieron las autoridades, cuando de cuidar la salud del pueblo de México se trató, además de los desvíos de recursos del erario destinado a este rubro, que se documentaron en forma sospechosa, y que supuestamente sirvieron para apoyar las campañas electorales en los procesos del 2021 y del 2024, situación que además de constituir delitos federales, debieron constituir un acto criminal de lesa humanidad considerando que, junto con los casi 200 mil asesinatos dolosos que ocurrieron en el sexenio, el exceso de mortalidad global en este período fue de *más de un millón* de decesos de mexicanos que no debieron ocurrir.

4.2. La continuidad en el nuevo gobierno

Y a pesar de todo lo anteriormente expuesto, vemos en el horizonte la promesa del nuevo gobierno para el período 2024-30, de continuar con la misma política en materia de salud cuando analizamos lo que ha empezado a trascender, y que será el sistema nacional de salud en la gestión de la presidente Claudia Sheinbaum, el cual trataremos de sintetizar enseguida.

Comenzaremos por presentar la concepción que su modelo tiene de la *salud*, al mencionar que no se reduce a la carencia de enfermedad en sí, sino que es un elemento vital y sustantivo para lograr una calidad de vida óptima para los mexicanos, considerando que nuestro país se encuentra en una situación de transición epidemiológica, demográfica y de incremento de las enfermedades de alto riesgo, con una tendencia al envejecimiento poblacional, con lo que estamos de acuerdo en términos generales.

Considera que las reformas tendientes a lograr la salud universal nacional sin costo no han logrado cristalizarse operativamente entre la federación y las entidades, y que la calidad de los servicios no siempre responde a las necesidades del pueblo, y que por ello es necesario incrementar y normar la

asignación y distribución de recursos financieros al sector salud, lo que nos parece una atinada consideración.

Afirma que si las enfermedades crónico-degenerativas se detectan y se controlan a tiempo, la mayoría de los casos no requieren procesos de atención complejos y son susceptibles de ser tratados en el primer nivel de atención, lo que es verdad para nuestro análisis y que su enfoque, centrado en un abordaje horizontal y multidisciplinario es un nuevo espectro de visiones que ponen en el centro a la persona en la sociedad, donde la salud grupal se aborde como proceso vital articulado por saberes y prácticas desarrolladas en ámbitos plurales, de critica innovadora y libertaria, y pensamos que esto último, aunque rebuscado en su articulación discursiva, no deja de ser verdad.

Sin embargo, su política de salud persistirá con la federalización de los SESA planteando un rediseño institucional que buscará fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud sobre todo el sistema, para diseñar un marco normativo para la implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar), que reemplace al Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), con lo que no estamos de acuerdo pues persistirá la fragmentación, la inequidad y la desigualdad entre los grupos demandantes de servicios a los diferentes subsistemas que mantiene este modelo.

Con todo esto, pretende que las secretarías de Salud, federal y estatales dejen de operar los servicios de atención médica para fortalecer su estructura rectora y de coordinación sectorial, traspasando al IMSS-Bienestar la operación funcional de las unidades de atención médica locales, lo que no tendría mayor problema si de verdad fuera a ser una realidad la cobertura universal, aunque persistiría la aberración jurídica de mantener un programa como el IMSS-Bienestar como si fuera una Institución independiente, y que todos sabemos que no lo es.

Propone que sea la SSA quien enfrente las limitantes y los retos de la puesta en práctica de las reformas de los últimos años, para garantizar un servicio de seguridad social universal, de calidad, equitativo e inclusivo, pero no parece querer darle la autoridad para ser la Institución que atienda a la población abierta en lugar del IMSS-Bienestar, decisión que resulta difícil de comprender ya que sería MUY FACIL extinguir el programa de IMSS-Bienestar y dejar toda la responsabilidad operativa a la SSA, tal como pareciera querer que suceda, pero sin que en realidad vaya a suceder.

Bajo esa perspectiva, considera necesario implementar nuevos esquemas normativos y de rectoría de la Secretaría de Salud, que permitan dejar en claro cuáles serían sus atribuciones para brindar un servicio de salud diferenciado, y define como imprescindible la generación de certidumbre operativa en el esquema de centralización del servicio de salud, tomando en consideración las necesidades de cada entidad federativa, persistencia que no resultará virtuosa ya que mantiene la decisión de echar atrás todo un proceso de descentralización, con el pretexto de acabar con una corrupción que ni el gobierno anterior, ni el suyo que inicia, pareciera querer combatir frontalmente haciendo los señalamientos en la fiscalía de los supuestos

actos ilícitos para acabar con ellos de una vez por todas y dar un ejemplo de voluntad política al respecto.

Plantea centralizar el abastecimiento de medicamentos bajo un control de multinivel, en particular, los especializados y oncológicos, para, garantizar la atención médica especializada, y adecuar las necesidades de infraestructura de los SESA al tiempo en que se refuercen los mecanismos de coordinación entre estos y la SSA, situación que en lo referente a las compras consolidadas YA SUCEDÍA en gobiernos anteriores, aunque sin que existiera una plena eficiencia por las diferencias en los subsistemas, que no parece que quieran evitar, y que continuaremos señalando como un error de voluntad política.

Pretenden continuar estableciendo convenios con la SSA y los SESA, para que además de la centralización del presupuesto y las compras y otras acciones, converjan en seguir aquellas que plantea específicamente respecto a la planeación y desarrollo de salud en los tres niveles de atención, como la profesionalización y capacitación del personal de la salud, sin que definan cuáles son las fallas al respecto que ha encontrado el régimen de la cuarta transformación para querer reformarlo, al tiempo en que se revisen los criterios para la percepción salarial, con lo que estamos totalmente de acuerdo, si es que se llega al feliz término de UNIFORMAR LAS PERCEPCIONES de todos para respetar el precepto constitucional que reza “a trabajo igual, salario igual” en todas las ramas profesionales del sector.

En su propuesta de Plan Sectorial, se formulan los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que comprenden dimensiones económicas, sociales y ambientales, tal como sugiere la ONU que se haga:

- *Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.*
- *Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, promoviendo la agricultura sostenible.*
- *Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades.*
- *Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa.*
- *Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.*
- *Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento*
- *Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos.*
- *Fomentar el crecimiento económico sostenido, el empleo productivo, y el trabajo decente para todos.*
- *Desarrollar infraestructuras resilientes, fomentando la innovación y promoviendo la industrialización inclusiva y sustentable.*
- *Reducir las desigualdades entre los países y al interior de ellos.*
- *Conseguir que los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sustentables.*
- *Garantizar las pautas de consumo y de producción sustentable.*

- *Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.*
- *Conservar y utilizar de forma sustentable los océanos, mares y recursos marinos*
- *Proteger, restaurar y promover la utilización sustentable de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sustentable los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de diversidad biológica.*
- *Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sustentable facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.*
- *Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sustentable.*

Todo lo anterior, para satisfacer las necesidades esenciales humanas, enfrentando además los siguientes retos para la salud como son: la violencia, la migración, el racismo y la discriminación, las epidemias y pandemias, el cambio climático, la resistencia a los antimicrobianos y el envejecimiento de la población, por mencionar algunos, pretendiendo además en su plan, que México sea un ejemplo para todos los países del mundo.

Es obvio que nosotros pensamos que todo esto está muy bien, pues son objetivos que persigue la ONU para todos los países, y aunque queremos suponer que realmente quieran cumplirlos en este régimen, dudamos que el andamiaje legal, administrativo y financiero, alcance para soportar la consecución de todas estas metas, pues para ello se necesitaría acabar con todas las limitantes de nuestro sistema de salud, tal como se ha venido diciendo en el curso de este trabajo, y como se seguirá insistiendo en adelante, cuando lleguemos a nuestra propuesta idónea para el país.

Los ejes transversales que propone en su modelo de Sistema Nacional de Salud 2024-2030 resultan prometedores, pero dado que sonaron huecos en el gobierno anterior y no se cumplieron, tememos que en el suyo tampoco se alcancen a cumplir, aunque desearíamos fervientemente que SI SE LOGRARAN:

- Provisión de una salud humanista.
- Que el sistema sea gratuito, accesible y equitativo.
- Buena atención en los tres niveles de atención.
- Integración del Sector Privado al Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollo de las capacidades y Satisfacción de estas
- Formación del personal de alto nivel y profunda sensibilidad social y ética.
- Financiamiento oportuno, suficiente y constante.
- Infraestructura adecuada en todos los niveles.
- Sistema de Evaluación en Salud transparente y con rendición de cuentas.

El Plan que presenta para el sector salud la presidente de la República, subraya de manera puntual la necesidad de que los servicios de salud del sector privado que se ofrecen en el país formen realmente parte del sistema nacional de salud y ofrezcan su amplia gama de opciones de una manera coordinada con el sector público y con el control adecuado para su ejercicio.

Y los más relevante de su planteamiento al respecto de este tema, es que hace un desglose de los resultados cuantitativos habidos hasta el momento en materia de salud, y en relación con este asunto en particular, lo que automáticamente permite ver que RECONOCE las fallas, limitantes y rezagos persistentes en el sistema.

En su propuesta, se dice a la letra:

“La escasez de infraestructura sanitaria del sector público de salud en algunas regiones del país ha provocado largos tiempos de espera y una atención inadecuada; lo que se presenta como un área de oportunidad para los proveedores de medicina privada. Sin embargo, el alto costo de los servicios de salud y los recursos financieros limitados de muchos ciudadanos mexicanos, dificultan que los proveedores privados de atención medica atiendan a una población más amplia”.

“Estos desafíos resaltan la necesidad de soluciones y estrategias innovadoras para mejorar la accesibilidad y asequibilidad de los servicios de salud privados en México. La transición entre la desaparición del Seguro Popular y la escasa operación del INSABI, trajo consigo una demanda de servicios de consulta de primer nivel dada la necesidad de la población, que permitió que los denominados Consultorios Anexos a Farmacias (CAF), cuya operación se mantienen con amplias lagunas en su regulación normativa, por lo que es importante establecer la dimensión de esta demanda de servicios.

“A saber: En México actualmente hay 18 mil consultorios adyacentes a farmacias, cuando en 2013 eran 13 mil. Especialistas advierten que, sin una regulación actualizada, la operación de estos espacios implica riesgos, aunque a la vez, la SSA reconoce que satisfacen necesidades de servicios que no cubre el sistema público de salud. Hoy, estos espacios dan 10 millones de consultas al mes, a las que incluso recurren personas con derechohabiencia que desconfían de la ineficiencia del sistema público”.

“En la actualidad, hay un CAF en 42% de las 43 mil farmacias particulares del país, convirtiéndose en la segunda oferta privada más solicitada en salud. Este crecimiento, documentado por la Asociación Nacional de Farmacias de México y por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, se ha registrado de manera sostenida desde 2010 en medio de dos omisiones gubernamentales: la falta de reconocimiento del papel de estos consultorios en la atención a la salud y, por otro lado, la ausencia de regulaciones claras en torno a la calidad de los servicios, las instalaciones y el potencial conflicto de interés, así como la sobre prescripción de medicamentos que puede generarse en ellos”.

“Los datos más recientes, muestran que del 48.8% de la población que recurrió a servicios privados, 22.4% acudió a un consultorio en el domicilio

del médico, 17.7% a uno adyacente a farmacia, 3.3% a alguno en hospital, 1.6% a una torre médica, 1.1% a urgencias u hospitalización y 2.7% a otros servicios privados. La preferencia por los CAF se da entre personas con y sin derechohabiencia".

"No obstante, no hubo un reconocimiento explícito por la SSA de estas prácticas y tampoco se han dado las condiciones para su operación y regulación, bajo esta perspectiva, cabe la hipótesis de que se puede estar generando la sobre medicación o venta de medicamentos "milagro" en esos espacios. La atención de la salud privada en México enfrenta desafíos importantes, como ya se dijo, la falta de regulación y los altos costos".

"Sin embargo, también existen oportunidades de crecimiento y desarrollo, como la creciente demanda de atención especializada y turismo médico".

"La medicina privada puede desempeñar un papel crucial en el sistema de salud mexicano al brindar acceso a servicios de salud de calidad y contribuir a la economía. Para superar los desafíos y aprovechar el potencial del sector privado de la salud, es esencial abordar el marco regulatorio, mejorar la asequibilidad y la accesibilidad para la población y promover la colaboración entre los proveedores de atención medica públicos y privados. Al hacerlo, el sector privado puede contribuir a la mejora general del sistema de salud mexicano y al bienestar de sus ciudadanos".

Gran tema este, de tener la valentía de reconocer la situación deficiente del sistema, y por lo cual la población ha tenido que recurrir a estos establecimientos, que no tendrían por qué existir, si el Estado realmente hubiera proveído los servicios esenciales para cubrir las necesidades de salud de la gente, en los últimos 10 años que incluyen 4 del período que llaman "neoliberal" y 6 del llamado "cuarta transformación" para evidenciar con ello, que las fallas no tienen que ver con los modelos, sino con las voluntades políticas de acceder realmente a UN SISTEMA UNICO DE SALUD que cubra 100% a la población de México, tal como plantearemos más adelante en el modelo que proponemos.

El otro segmento del Plan del Sector Salud que propone la Dra. Sheinbaum que nos parece relevante y revelador, se refiere a la evaluación, que como sus técnicos mismos dicen, es un *"elemento integrante del proceso de planeación de los sistemas de salud, que permite comprender su desempeño, gestión e impacto en la población"*.

Y es que la evaluación de los sistemas de salud es esencial para determinar y ponderar la respuesta institucional y privada a la demanda social en materia de salud. La Secretaría de Salud dispone de una Dirección General encargada de la evaluación del desempeño y de sistemas de información en los que se registran los datos de infraestructura, recursos humanos, recursos financieros, producción, productividad e impacto en los daños por señalar los más importantes en el rubro de la Evaluación. La organización Mundial de la Salud (OMS) establece criterios en materia de evaluación, con enfoque en mejora del desempeño de los sistemas de salud.

Como ya lo presentamos en este documento anteriormente, las tablas comparativas de los rubros esenciales en materia de evaluación en salud

pública de los últimos 10 años con los datos disponibles oficialmente en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), hablan por sí solas en forma fehaciente acerca de la situación del sistema de salud en los períodos, tanto el “neoliberal” como el de la 4T, por seguir llamándolos de esa manera en forma convencional.

Pero para terminar con este rubro del Plan Sectorial del gobierno en el período 2024-30, diremos que están planteadas para el nuevo *SISTEMA NACIONAL DE SALUD* una serie de conclusiones que vale la pena incorporar en este trabajo, para contrastar con la historia, con la actualidad y con la perspectiva del futuro tanto inmediato como mediato, con el objeto de ir compulsando la promesa con la realidad.

La propuesta concluye con estos puntos básicos, que deben traducirse como compromisos a cumplir para con el pueblo de México, en lo relativo al funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, en beneficio de la población usuaria:

El Sistema Nacional de Salud que operará el llamado segundo piso de la cuarta transformación, propone adherirse a los siguientes Objetivos del Desarrollo Sostenible de la ONU, y por ello nos parece trascendente enunciarlos para ir evaluando el cumplimiento…o no, de ellos.

- En este modelo, la salud es concebida como una necesidad humana vital y un derecho fundamental a satisfacer, que les permita a los mexicanos tener opción a mejores modos de vida en todos los órdenes: individual, familiar, social y pública, incluyendo los elementos del desarrollo sostenible, que buscan conciliar el crecimiento económico, así como la equidad social, el respeto del medio ambiente e intercambio internacional.

- El modelo propone generar e incorporar un ecosistema de saberes, buscando la promoción plural en inversiones para la educación, investigación y desarrollo tecnológico, como motores del desarrollo nacional.
- Afirma que romperá con los modelos políticos y económicos tradicionales, promoviendo un nuevo enfoque basado en el humanismo, en la equidad, la participación ciudadana y la reducción de la desigualdad mediante el rescate de la dignidad humana.
- Acepta que corresponde a la Secretaría de Salud (SSA), dilucidar las limitantes y los retos de la puesta en práctica de las reformas en los últimos años, tendientes a garantizar el servicio de seguridad social universal, de calidad, equitativo e inclusivo.
- Considera esencial la participación de las comunidades en la toma de decisiones y el diseño de políticas de salud, para buscar el fortalecimiento, la autonomía y la capacidad de las comunidades para ser protagonistas en la promoción de su propia salud.
- Subraya que la promoción de la salud se inscribe desde los derechos humanos, la interculturalidad y la perspectiva de género que consideran que todas las personas tienen derecho a satisfacer sus necesidades esenciales y disfrutar del más alto nivel de salud posible.

- La propuesta va de la mano con el Proyecto de Desarrollo Nacional 2024 – 2030 encaminado a atender a profundidad las variables que inciden directamente en la vida de las personas, de ahí que sea fundamental superar la pobreza, abatir la violencia, dar oportunidades de trabajo y fortalecer la educación, la cultura y el deporte.
- Prioriza la participación de los actores en el campo de la salud, subrayando que debe ser colectiva, participativa, reflexiva, democrática y proactiva, valorando siempre la historia, los saberes, las necesidades y las creencias de la población con el objetivo de promover el mejoramiento y el cuidado de su salud, así como el de su comunidad.
- La propuesta se sustenta en el humanismo, de ahí que sea fundamental impulsar la salud integral y holística, que considere la importancia no sólo de curar, sino de salvar nuestro mundo y la humanidad.
- El modelo está orientado, a garantizar que todos los habitantes de México puedan recibir atención en salud y hospitalaria, sin importar su origen socioeconómico, género, etnia u otras características personales, con calidad y esmero, incluyendo el abastecimiento de medicinas, materiales de curación y los auxiliares de diagnóstico, de calidad y sin costo alguno.
- Garantiza los tres niveles de atención con accesibilidad, equidad y calidad.
- Considera indispensable continuar fortaleciendo las Funciones Esenciales de la Salud Pública, en especial, la Atención Primaria de la Salud, incrementar y consolidar los apoyos gubernamentales para la población y el sistema, reorganizar los servicios de salud, implementar el funcionamiento de núcleos básicos en escuelas y fomentar el deporte y el ejercicio físico para la construcción de la paz.
- Acepta que se requiere de la integración del Sector Privado al Servicio Nacional de la Salud, dentro de un marco de corresponsabilidad y colaboración regulada, para elevar la calidad de la atención de los usuarios de la salud.
- El modelo se centra en el desarrollo de las capacidades y Satisfacción de las Necesidades Esenciales Humanas.

- Se planea como un objetivo, la formación del profesional médico y paramédico de alto nivel y de profunda sensibilidad social y ética.
- Se propone establecer asignación presupuestal constitucional; iniciando con un incremento al financiamiento del sector salud en un 6% del PIB
- Prioriza un fortalecimiento de la infraestructura traducido en suficiencia de recursos humanos, recursos físicos y recursos financieros.
- Acepta que se requiere de un sistema de evaluación permanente y confiable multidisciplinar.

Por todo lo anterior, recalcamos que no todo está perdido, pues a pesar de los resultados que tuvieron las elecciones del 2024, que resultan poco esperanzadoras para el futuro, la salud de los mexicanos ***si puede ser atendida*** con un mecanismo lógico que puede implementarse aún en este contexto legal existente *siempre y cuando no se pierda la esperanza de que a las nuevas autoridades del país les invada una oleada de dignidad y claridad mental,* como para ver la realidad que enfrentamos y decidan con valentía que ya es momento de terminar con locuras y ocurrencias, para pasar a un esquema serio y razonable que finalmente termine con la vieja deuda de proveer al pueblo de México de un *sistema de salud universal*, que integre a todos los grupos y que acabe con las desigualdades y las inequidades habidas a lo largo de la historia.

CAPITULO 5

5.1. Un sistema de salud único y universal.- Nuestra propuesta.

La teoría general de sistemas desarrollada inicialmente por Von Bertalanffy se base en la idea de que los sistemas están compuestos por partes interrelacionadas y que el todo es mayor que la suma de sus partes. En el contexto de los sistemas de salud, esto significa que las partes que los

componen deben entenderse como entidades holísticas interactuantes y no solo como conjuntos de componentes aislados. Los sistemas de atención a la salud también se analizan bajo este enfoque, considerando la interacción entre pacientes, profesionales de la salud, instituciones, políticas y tecnologías como un sistema complejo.

La teoría de sistemas fomenta un enfoque multidisciplinario en la atención de la salud, reconociendo que los problemas de salud a menudo requieren soluciones que atraviesan múltiples disciplinas. Este enfoque enfatiza la importancia de la prevención y la promoción de la salud, reconociendo que las intervenciones en una parte del sistema pueden tener efectos en todo el sistema. La teoría de sistemas ha influido en el desarrollo de sistemas de información en salud, reconociendo la importancia de la recopilación, análisis y uso efectivo de datos para mejorar la atención. (Von Bertalanffy, L.1968).

El enfoque sistémico en salud promueve la idea de mejora continua, viendo los sistemas de salud como entidades dinámicas que deben adaptarse constantemente a nuevos desafíos y conocimientos. Algunos críticos argumentan que el enfoque de sistemas puede ser demasiado abstracto o difícil de implementar en la práctica clínica diaria.

Además, dado que existe el riesgo de perder de vista las necesidades individuales de los pacientes al centrarse demasiado en el sistema en su conjunto, resulta indispensable entender su compleja composición y la dinámica de su funcionamiento, para que no haya problema en comprender la gran importancia que implica ver a los sistemas de salud, como elementos trascendentes para proveer bienestar en todos los sentidos a las personas a las que sirve, proveyéndolos de la capacidad para producir los satisfactores necesarios para ese bienestar.

Prevenir los daños y mantener el equilibrio saludable de las personas y su conformación en comunidades, es el objetivo de un sistema de salud pública cuyo responsable es invariablemente el Estado. (Trochim, W. M., Cabrera, D. A., Milstein, B., Gallagher, R. S., & Leischow, S. J. 2006).

En el campo de los sistemas de salud de los países del mundo, el correspondiente a Dinamarca es ampliamente reconocido como uno de los mejores debido a varios factores clave. Veamos los aspectos fundamentales que lo hacen destacar:

El sistema sanitario de Dinamarca es universal y público financiado esencialmente por el Estado a través de la recuperación de una tasa de impuestos alta, que cubre en forma descentralizada los tres niveles administrativos que tiene: a nivel nacional donde el Ministerio de salud es el responsable de su funcionamiento contando con un marco regulatorio que emite el parlamento a través de una legislación específica y de un presupuesto anual definido a partir del análisis de los programas y proyectos que presenta el propio Ministerio.

A nivel regional donde se administran las unidades de atención especializada y los hospitales en forma integral con una red de hospitales públicos con especialización por niveles, con alta tecnología médica y con cortos tiempos de espera garantizados, incluyendo además en este tramo, lo concerniente a

la salud mental que en Dinamarca tiene especial relevancia. (Olejaz, M., et al. 2012).

Y por último a nivel municipal donde funcionan los médicos generales llamados “gatekeepers” que atienden de primera instancia a las familias, que están registradas obligadamente con alguno de ellos para recibir gratuitamente la atención general y especializada que se requiera las 24 horas del día durante todo el año en forma garantizada. En este nivel se proveen también los servicios de promoción de la salud, la atención preventiva, la atención primaria de la salud, la rehabilitación, el cuidado de los ancianos y los servicios dentales, con énfasis en los niños. (Pedersen, K. M., Andersen, J. S., & Søndergaard, J. 2012).

El acceso a todos los servicios en todos los niveles es universal, gratuito, igualitario y de libre elección de proveedor por parte del usuario, y el financiamiento está totalmente a cargo del Estado a través del pago de impuestos nacionales en un 84% y de impuestos municipales en un 16% con un mecanismo de pagos mancomunados en lo concerniente a medicamentos y servicios dentales, por lo que el gasto de bolsillo para las familias en este sistema, es notablemente reducido e inferior al 10%, presentándose solo en algunos casos aislados. Esto sucede porque Dinamarca destina casi el 12% del PIB para su sistema de salud. (European Observatory on Health Systems and Policies. 2019).

El sistema maneja la historia clínica universal con portabilidad del expediente clínico con un mecanismo informático llamado sundhed.dk, que resulta ser un sistema de telemedicina avanzado para que funcione la atención y la prescripción en forma electrónica. Tienen un sistema nacional de acreditación de unidades y de certificación de calidad, con un registro pormenorizado de eventos adversos para el seguimiento, y cuentan con indicadores públicos de resultados que permiten la evaluación continua de su funcionamiento integral.

Por ello, Dinamarca tiene una esperanza de vida de 81.5 años, una mortalidad infantil de 3.1 defunciones por cada 1000 nacimientos, una satisfacción de usuarios de más del 90% y coberturas de vacunación de 98%. Tienen un promedio de estancia hospitalaria de manos de 2 días con una tasa de hospitalizaciones evitables muy reducida y un alto índice de cirugías ambulatorias que traducen un uso muy eficiente de los recursos.

Sin embargo, el sistema de salud danés enfrenta retos importantes por el envejecimiento poblacional y el aumento de las enfermedades crónicas que presionan el funcionamiento de los servicios geriátricos, y con ello demandas crecientes de sostenibilidad financiera, costos elevados de uso de tecnología y necesidades cada vez mayores de recursos humanos especializados, integración de servicios entre los niveles y cohesión institucional. (Ministry of Health Denmark. 2017).

Todos estos elementos trabajan en conjunto para crear un sistema de salud que no solo es efectivo en el tratamiento de enfermedades, sino también en la prevención y la promoción de la salud general de la población. (Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjobing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., & Hernández-Quevedo, C. 2012).

En síntesis, Dinamarca tiene una cobertura universal efectiva, una alta calidad de atención, gran eficiencia en el uso de los recursos y una satisfacción ciudadana muy alta además de constante innovación técnica y tecnológica. Se distingue por contar con una descentralización efectiva de servicios, con una atención primaria de la salud muy sólida, una avanzada digitalización de la información y una transparencia en la gestión que satisface a todo el pueblo. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. 2019)

En el ámbito latinoamericano, es destacable el sistema de salud de la República de Chile que se caracteriza por su naturaleza mixta pues coexisten dos subsistemas básicos: El sector público representado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que cubre un 80% de la población y que se financia con el aporte de un 7% del ingreso mensual de la clase trabajadora, contando además con una aportación estatal del 26% del financiamiento total, y el resto se complementa con los aportes empresariales al régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, sin dejar de mencionar que también recibe donaciones externas de diferente índole de organizaciones no gubernamentales tanto nacionales como internacionales.

El FONASA tiene a su cargo la administración de todas las unidades médicas tanto de atención primaria de la salud a través de consultorios y centros de salud familiares, como la atención secundaria con centros de especialidades y la terciaria con hospitales de segundo y tercer nivel de atención que reciben los pacientes referidos por los niveles anteriores.

En Chile el sector privado está conformado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) que son entidades privadas que financian la atención a la salud de sus afiliados y que cubren aproximadamente el 20% de la población, teniendo también un aporte del 7% de los afiliados que resulta obligatorio, sumado a primas adicionales según cada plan contratado por las empresas que cubren los beneficios para sus trabajadores, y que atienden la salud de las familias cubiertas con una red de prestadores de servicios privados.

El sistema nacional de salud de Chile destina aproximadamente el 4.5% del PIB para el FONASA y el 3.5% para el ISAPRES, con un sistema de pagos diferenciados según la modalidad del seguro contratado para el caso de este último. Sin embargo, a pesar de que la suma de ambas proporciones alcanza un 8% del PIB, el gasto de bolsillo aún es muy significativo para las familias. (Cid, C., & Prieto, L. 2012)

En el terreno de la provisión de los servicios, existe una red pública de unidades como ya se dijo para el FONASA, con hospitales de autogestión que la apoyan, y existen hospitales privados tanto con fines de lucro como sin ellos, y se permite una modalidad de libre elección para el caso de FONASA en el uso de estos establecimientos, sin dejar de haber programas especiales de atención focalizada para poblaciones vulnerables en problemas de salud pública de alto impacto o de gran magnitud.

El Ministerio de salud es quien rige y norma el funcionamiento del sistema, y la superintendencia de salud la que fiscaliza el uso de los recursos, para

ofrecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en materia de salud a los chilenos con una cobertura universal para problemas de salud de alta prioridad. A pesar de ello, se enfrentan aún desafíos importantes como la segregación por niveles socioeconómicos, diferencias en acceso y calidad entre los subsistemas y algún tipo de discriminación por riesgo en el sistema privado, según el plan contratado.

En la operación aún existen largas listas de espera en el sistema público, y se observa una concentración mayor de especialistas en el sector privado y una disparidad geográfica en la disponibilidad de servicios. También persiste un alto gasto de bolsillo por parte de las familias por el incremento constante de los costos en insumos para la salud que ocasiona problemas en la sostenibilidad del FONASA. Esto provoca una marcada segmentación entre los sectores público y privado que reproduce y amplifica las desigualdades sociales existentes.

Chile ofrece una cobertura universal a sus habitantes y tiene implementado el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), que es un plan de salud que garantiza el acceso a atenciones de salud para las personas afiliadas en ambos subsistemas. La Garantía de Acceso consiste en que los afiliados tienen derecho a recibir las atenciones de salud que contempla la ley, incluyendo 87 enfermedades, y las prestaciones están organizadas en grupos llamados "canastas", siendo el Ministerio de Salud quien define las prestaciones que se incluyen en cada canasta. El sistema cuenta con una extensa red de atención primaria que tienen una alta capacidad resolutiva cuando se refieren a los centros de alta especialidad. (Becerril-Montekio, V., Reyes, J. D., & Manuel, A. 2011)

Sin embargo, los especialistas internacionales coinciden en que el sistema de salud de Chile debe fortalecer más el financiamiento público, mejorar la integración de los subsistemas, reducir las inequidades y modernizar la gestión de los establecimientos de salud que atienden la salud de los chilenos.

Y si analizamos el funcionamiento de algunos sistemas de salud de otros países de Latinoamérica, podemos mencionar al de Brasil que tiene un sistema único de salud con el modelo Beveridge, que cuenta con un financiamiento público vía impuestos, una cobertura universal garantizada en la constitución, con una red integrada de servicios públicos y con servicios complementarios del sector privado.

Este Sistema fue establecido por la Constitución Federal de 1988, representando uno de los mayores sistemas de salud pública del mundo, pues atiende a una población de más de 200 millones de habitantes bajo los principios de universalidad, integralidad y equidad.

El sistema está a cargo de un Ministerio de salud federal que es quien formula las políticas nacionales y lo financia principalmente, aunque también tienen participación en la adecuación de dichas políticas los 26 estados y el Distrito Federal que conforman la república de Brasil, tanto en la adecuación de las políticas federales como en el financiamiento complementario de cada subsistema regional que además brinda apoyo técnico a los diferentes

municipios que componen a cada entidad y que en conjunto son más 5 mil 500, que son quienes prestan directamente los servicios de salud y cumplen con la gestión de los programas emitidos por el nivel federal. (Massuda, A., Hone, T., Leles, F. A. G., de Castro, M. C., & Atun, R. 2018)

En relación con el financiamiento, el sistema se basa en una tributación progresiva compuesta de contribuciones federales con un gasto público aproximado del 3.8% del PIB que se complementa con aportaciones estatales y municipales, que en conjunto representan un 9.2% de ese PIB.

La cobertura del sistema es universal y gratuita, integrando al sector privado mediante un subsistema complementario a través de una red de atención estructurada en niveles de complejidad que participa plenamente en la provisión de los servicios que se brindan a la población en general. Tiene programas completos en el ámbito de la salud pública, destacando la estrategia de salud familiar (ESF) como atención primaria para la población, además de programas de vacunas, de control de VIH/SIDA, de un Servicio de Atención Móvil de urgencias (SAMU), y de muchos otros programas de atención en los tres niveles tradicionales. (Santos, L. M. P., & Costa, A. M. 2021)

El sistema de salud de Brasil ha logrado una reducción considerable de la mortalidad infantil, ha logrado una ampliación de la cobertura de vacunaciones y ha mejorado sustancialmente el acceso a la atención primaria de la salud en todas las regiones, aunque siguen existiendo rezagos entre las diferentes regiones por la accesibilidad difícil que persiste en algunas de ellas, y por las complicaciones étnicas de los grupos indígenas aislados en la selva y cuenca del Amazonas que ocasiona en general algunas inequidades, con sub financiamiento crónico, con largas listas de espera para servicios especializados por la consecuente distribución desigual de los recursos humanos que los debieran de atender. (Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., de Souza Noronha, K. V. M., ... & Atun, R. 2019)

En Cuba se ofrece un sistema totalmente público con financiamiento estatal al cien por ciento, con énfasis en la atención primaria de la salud y la prevención de daños y donde vemos ausente el sector privado como factor complementario potencial del mecanismo de provisión de servicios.

Su Sistema Nacional de Salud (SNS) es reconocido por su enfoque preventivo, cobertura universal y resultados comparables a países desarrollados, a pesar de las grandes limitaciones económicas que enfrenta desde hace muchos años, aunque este modelo, fue establecido a raíz de la revolución de 1959, caracterizándose por su integración completa y control estatal.

Tiene un financiamiento público totalmente, y es gratuito en todos los servicios que presta con una accesibilidad universal. Tiene a la medicina familiar como base de contacto para la atención primaria con consultorios que tienen aproximadamente 120 familias cada médico de la familia, contando además con policlínicos integrales que suman a la comunidad en forma activa al sistema de salud con una amplia red de servicios de promoción de la salud. (Gorry, C. 2019).

Para la atención secundaria, cuenta con hospitales municipales que cuentan con servicios especializados y centros de urgencias para la atención de la población durante las 24 horas de cada día del año, y en la atención terciaria tienen Institutos especializados, centros de investigación y hospitales de la más alta especialidad que reciben en referencia los casos enviados por los médicos familiares y los hospitales de segundo nivel.

Al programa de medicina familiar, suman el de enfermería de la familia, el programa materno infantil, el de vigilancia epidemiológica y el programa nacional de inmunizaciones en forma relevante. Además, tienen un programa de educación médica gratuita que integra la docencia con el servicio y tiene en alta estima la cooperación internacional de sus médicos con distintos países que se los requieren. (Pérez, J., & Pérez, D. 2021)

En suma, el Estado cubano ha podido lograr que su población tenga una esperanza de vida superior a los 78 años, con una mortalidad infantil menor a 5 por 1000 NVR, habiendo eliminado muchas enfermedades transmisibles por su alta cobertura vacunal. A pesar de esto, enfrenta serias restricciones económicas por el embargo que sufre desde hace muchos años, que limitan el mantenimiento de su infraestructura sanitaria, el acceso a tecnologías más avanzadas y la atención al envejecimiento poblacional que tiene como fenómeno importante. (López Espinosa, G. J., & González Pérez, L. 2020).

En Colombia se tiene un sistema general de seguridad social en salud, con un régimen contributivo alimentado por las cotizaciones de los trabajadores de las empresas privadas, los recursos fiscales de la federación, los impuestos específicos y los llamados copagos y cuotas moderadoras que integran el subsidio que hace funcionar a las empresas promotoras de salud (EPS) y donde encontramos una integración de los servicios en los sectores público y privado.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia fue establecido por la Ley 100 de 1993 y representa un modelo de pluralismo estructurado que combina la participación pública y privada, bajo un esquema de aseguramiento universal, y ampara a los trabajadores formales e independientes con financiamiento derivado de cotizaciones obligatorias de cada uno de ellos, y por el Estado en un mecanismo de subsidio que enfrenta muchos problemas de satisfacción de los usuarios. (Gómez-Arias, R. D., & Nieto, E. 2014)

El Ministerio de Salud y Protección Social es responsable del Sistema de Salud colombiano a través de la superintendencia nacional de salud y la ADRES que resulta ser la administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta entidad es pública y se encarga de la gestión y administración de los recursos financieros del sistema de salud en Colombia.

Está adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con autonomía administrativa y financiera, con la función de garantizar el uso adecuado de los recursos que se destinan a la prestación de servicios de salud, controlando las EPS que gestionan el aseguramiento, la administración del riesgo y la contratación de los servicios, para que las instituciones

prestadoras de servicios (IPS), que son los hospitales públicos y privados, las clínicas y los centros de atención primaria, cuenten con los recursos necesarios para su funcionamiento. (Bernal, O., & Barbosa, S. 2015)

Aunque el Estado declara tener una cobertura universal, es necesario aclarar que la población vulnerable que no pertenece al sistema de seguridad social tiene un financiamiento que se establece de acuerdo con el SISBEN, que es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, que permite clasificar a la población de acuerdo con sus condiciones de vida e ingresos. Esta clasificación se utiliza para focalizar la inversión social y garantizar que sea asignada a quienes más lo necesitan, por lo que la cobertura es desigual, inequitativa y con problemas de acceso en muchas regiones.

Colombia cuenta con un Plan de Beneficios en Salud (PBS), que incluye teóricamente la cobertura integral de servicios de salud, incluyendo insumos y procedimientos de alto costo. Trabajan con un modelo de competencia regulada con separación de funciones, integración de regímenes de seguridad social y con libertad de elección de parte de los usuarios. El Estado es quien tutela el derecho a la salud y está establecido como garante del sistema en general, contando con mecanismos de protección que ejercen los Comités técnicos y científicos, y controlando el funcionamiento a través de un sistema de información en salud.

La realidad es que su cobertura apenas es cercana al 95%, y si bien han reducido el gasto de bolsillo de las familias colombianas, mejorado un poco los indicadores de salud y atendido con el sistema la necesidad de la protección financiera en salud que tiene la población, aún existen inequidades en acceso y calidad, con un financiamiento insuficiente, una fragmentación institucional, con barreras administrativas además de la corrupción y la ineficiencia el propio sistema que afecta en general a la población. (Ospina, J. M., Martínez Martín, F. L., & Pacheco García, O. E. 2016)

En Argentina existen varios sistemas de salud pública provinciales y seguros de prepago privado para trabajadores formales de obras sociales y de empresas privadas, con una alta fragmentación territorial por consecuencia y baja satisfacción usuaria en las regiones que se encuentran alejadas de la capital Buenos Aires. (Titelman, D., Cetrángolo, O., & Acosta, O. L. 2015).

El sistema de salud argentino se caracteriza por su fragmentación y segmentación, con tres subsectores principales: público, seguridad social (obras sociales) y privado. Esta estructura compleja es resultado de la evolución histórica del país y sus instituciones sanitarias, pero declara tener cobertura universal con acceso gratuito en la red de centros de atención primaria y hospitales, pues tiene un financiamiento estatal a través de participaciones nacionales por cuenta del Ministerio de Salud Federal, provinciales a través de los Ministerios regionales y municipales a través de las Secretarías de Salud locales. (Acuña, C. H., & Chudnovsky, M. 2018)

Los recursos provienen de los aportes de los trabajadores y sus empleadores que tienen la obligación formal de aportar cuotas, y están los impuestos generales del sector público, los aportes y contribuciones de las obras

sociales por parte del gobierno, los pagos de bolsillo, las primas en el sector privado y el cofinanciamiento internacional, para un gasto total en salud que es aproximadamente de 9% del PIB, aunque persiste una alta proporción de gasto privado y un significativo gasto de bolsillo. (Cetrángolo, O., & Goldschmit, A. 2018).

El sistema privado cuenta con empresas de prepago con seguros voluntarios, servicios llamados premium que son preferentes y existe una integración con las obras sociales para su funcionamiento. Las unidades de servicio privado con profesionales independientes, clínicas y sanatorios además de centros de diagnóstico, sirven al sector con capacidad de pago que cubre sus seguros médicos de diferente índole y cobertura. (Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. 2018)

Sus fortalezas están basadas en su amplia red de servicios con alta capacidad resolutiva, con recursos humanos altamente calificados y con un gran desarrollo técnico y tecnológico que conjunta una aceptable calidad de atención en lo general, pudiendo afirmar que tiene una cobertura efectiva de tipo materno infantil, una ampliación progresiva de beneficiarios y un mecanismo de financiamiento por resultados.

En síntesis, Argentina tiene un sistema de salud que tiene una alta fragmentación institucional, inequidades en el acceso, superposición de coberturas, ineficiencias en la asignación de los recursos, problemas de coordinación entre los subsectores, fallas en la actualización tecnológica, problemas de suficiencia financiera en lo general y por ende una calidad de atención que aún pudiera mejorarse en forma sustancial. (Maceira, D. 2020).

Si hacemos un análisis comparativo de algunos indicadores esenciales macro en salud, podemos ver las diferencias existentes entre los países analizados por la Organización Panamericana de la Salud hasta 2022, y con mayor razón habiendo introducido, por iniciativa nuestra, a Dinamarca como país referente de un excelente sistema de salud.

País	Cobertura Universal	Segmentación	% población cubierta	% del PIB para salud	Gasto Público	Gasto de Bolsillo
Argentina	Si	Alta	100	9.6	71.5	15.8
Brasil	Si	Baja	100	9.2	41.9	27.5
Chile	Si	Alta	98	8.0	50.1	32.8
Colombia	Si	Media	95	7.2	76.6	15.1
Dinamarca	Si	Nula	100	12.0	100.0	10.0
México (Atun. R., et al. 2015)	No	Muy alta	80	5.4	51.8	41.3

País	Esperanza de vida	Mortalidad infantil	Médicos por cada/1000 hab.
Argentina	76.7	8.8	4.0
Brasil	75.9	12.8	2.1
Chile	80.2	6.2	2.6
Colombia	77.3	12.2	2.2
Dinamarca	81.5	3.1	6.2
México	71.0	8.8	2.4

Si regresamos a México, podemos ver fácilmente que tiene los peores números en el breve análisis comparativo entre el pequeño grupo de países de Latinoamérica, y más aun habiendo introducido a Dinamarca como referente idóneo de un sistema de salud que pareciera ser imagen objetivo de muchos sistemas existentes.

México ha llegado a tener un sistema de salud que enfrenta varios desafíos que impiden considerarlo como uno de los mejores del mundo, a pesar de las retiradas ofertas que hizo al respecto el expresidente López Obrador y que quedaron sin cumplirse al final de su gobierno, habiendo tenido que reconocer que ese había sido uno de los compromisos pendientes con el pueblo de México.

A continuación, presentamos las principales limitantes que impiden considerar al sistema de salud de México como el mejor del mundo, y ni siquiera como un sistema que cumpla medianamente con su papel de cuidar la salud de *todos los mexicanos*.

Para comenzar hay que señalar la *gran fragmentación de dicho sistema*, ya que son muchas las instituciones que lo conforman y que operan de manera descoordinada, con gran duplicidad de funciones y recursos y con inequidades marcadas en los subsistemas habidos que proveen los servicios de manera diferenciada.

Se mantiene una *cobertura insuficiente* pues a pesar de los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal, aún existen brechas significativas entre los diferentes grupos vulnerables y las comunidades rurales que tienen acceso limitado a los servicios de salud.

Sigue existiendo una *infraestructura y equipamiento insuficientes e inadecuados*, ya que muchas instalaciones, especialmente en áreas rurales, carecen de equipo moderno y suministros básicos, existiendo además una distribución geográfica de los centros de salud altamente desigual.

Es notable *la escasez de personal de salud*, en especial con una falta de médicos y enfermeras, particularmente en áreas rurales y remotas y con una distribución del personal de salud muy inequitativa entre regiones y niveles de atención.

México aún tiene un *financiamiento insuficiente* para la salud pública como porcentaje del PIB, que es menor comparado con otros países de la OCDE ya que según datos hasta 2021 (que son los datos más recientes que es posible confirmar con certeza), México destinó alrededor del 6.2% de su PIB al gasto en salud, incluyendo tanto el gasto público como el privado.

La tendencia sugería un ligero aumento año tras año, pero sin cambios drásticos. Por lo tanto, para 2024, se hubiera esperado que el porcentaje estuviera en un rango similar o ligeramente superior, posiblemente entre el 6.2% y el 6.5% del PIB, dependiendo de las políticas implementadas y la situación económica del país, pero considerando que el presupuesto en salud fue reducido por el Congreso de la Unión en los últimos 3 años, podemos inferir que ya está por debajo del 6%. Aunado a esto se observa un sostenido alto gasto de bolsillo por parte de los pacientes.

La *calidad de atención* muestra disparidades significativas en la provisión de los servicios entre las instituciones y las diversas regiones, habiendo largos tiempos de espera para consultas y procedimientos en el sector público.

Se tiene un *enfoque limitado en la contención a la exposición de factores de riesgo,* pues el sistema tiende a ser más reactivo que preventivo, con una insuficiente educación en salud y promoción de estilos de vida saludables.

Los *desafíos en la gestión de enfermedades crónicas* son altos pues ha habido un aumento en la prevalencia de enfermedades no transmisibles como diabetes y obesidad y sigue sin haber programas integrales para el manejo de condiciones crónicas.

Hay serias limitaciones *en la implementación de tecnologías de la información* y se continúa trabajando con mecanismos muy lentos en el manejo del expediente clínico y la telemedicina, habiendo grandes carencias en la operabilidad entre sistemas informáticos de las distintas instituciones.

Continúa mostrando una gran *corrupción y falta de transparencia* con muchos casos de malversación de fondos y adquisiciones irregulares e ilegales, con mecanismos ineficientes de rendición de cuentas, que en conjunto representan desafíos significativos que el sistema de salud mexicano debe abordar para mejorar su desempeño y acercarse a los estándares de los mejores sistemas de salud del mundo. (OECD 2021) y (Secretaría de Salud. 2019).

Es en este contexto de comparación con otras naciones, donde es posible corroborar la afirmación hecha en esta obra, de que, preservar la salud de la población si es una herramienta de poder del Estado hacia sus integrantes, ya que está a la vista todo el proceso histórico, donde son reconocidas las instituciones públicas como órganos de control político.

El Sistema Nacional que espera el pueblo de México podría tener solo dos grandes instituciones: La Secretaría de Salud como entidad rectora del sector, con sus representaciones normativas en las entidades federativas y sus órganos operativos en los sistemas locales de salud de los municipios, y en el funcionamiento de la red de hospitales que apoyen a estos sistemas locales de salud, y por otra parte, la Seguridad Social (unificando los maltrechos financieramente IMSS e ISSSTE), para otorgar los beneficios de la seguridad social a la clase trabajadora del país, sin distingos de pertenencia según fracción del artículo 123 constitucional.

Lo anterior, sin menoscabo que la situación idónea inmediata, sería separar la Seguridad Social de la Salud (cuando menos en forma operativa), para que *todos los servicios de salud* del país sean otorgados por la misma institución rectora y normativa, a través de sus representaciones estatales y municipales según sea el nivel de atención que les corresponda.

Parece lógico pensar en un sistema piramidal, donde el primer nivel de atención, corresponda a los sistemas locales de salud en los municipios, el segundo nivel corresponda a los sistemas estatales de salud de las entidades federativas, y el tercer nivel tanto a los sistemas estatales con la capacidad técnica y financiera para soportarlo, como a la federación en la administración de la red de institutos nacionales de investigación, que pudieran tener mejores perspectivas con una desconcentración a los grandes núcleos poblacionales del país, para un mayor desarrollo de la red de hospitales, donde se incorpore el concepto de Hospitales Universitarios

como unidades de asistencia y enseñanza, que integren la educación y la salud, en un contexto virtuoso que desarrolle ambos sectores para beneficio de la población.

Hasta el momento, pareciera una utopía querer sostener que la salud tiene orígenes muy diversos, profundamente inmersos en la estructura social de las comunidades, y por otro que los servicios de salud resultan ser una solución para la elevación del nivel de esa salud, que nuevamente recordamos es una consecuencia de la compleja interacción de los distintos factores individuales, colectivos y del entorno que existen en la vida diaria.

Pero sería profundamente erróneo querer quedarse en el análisis profundo de las situaciones antropológicas, económicas y sociales llevándolas a la mesa de discusión política incluso, pero sin obtener una línea de acción definida que pretenda ganar en la confianza de la población en sus instituciones, y que motive el autocuidado de su salud.

Cierto que cada pueblo tiene la salud que merece, como todos nosotros tenemos los gobiernos que merecemos, considerando que somos nosotros los que elegimos a nuestros representantes. Este discurso, totalmente cierto en el contexto real aceptado en nuestro país, pareciera ser una falacia democrática si es analizado al interior de su verdadero significado, dado que el pueblo *en verdad no elige a sus candidatos*, y por lo mismo es *posible afirmar que no elige a sus gobernantes*. Sin embargo, no por ser una verdad oculta, pero de todos conocida, deja de ser operativamente imposible de demostrar ante un congreso, pues los procedimientos políticos son los que están aprobados por él mismo.

Por eso, sin enredarnos en asuntos colaterales, debemos llegar a la conclusión que la salud es un estado de bienestar integral del individuo, y que el mantenimiento de este estado resulta un deseo implícito de todo ser humano, que lo convierte en una necesidad. La necesidad de estar sano, o dicho genéricamente, tener satisfecha la necesidad social del cuidado de su salud.

También exploramos que la salud se ha cuidado a través de instituciones que el Estado ofrece a la comunidad, y de cómo estas instituciones son tan diversas como el mismo deseo de la detentación del poder que les abunda, al ofertar estos servicios de salud.

Se planteó un panorama de distribución de competencias entre los tres niveles de gobierno de nuestro país, en relación con los servicios de los sistemas nacional, estatal, regional y local de salud, y es en función de este último nivel que se pretende aquí, plantear una alternativa para desarrollar los servicios de salud en el plano estructural y funcional de un sistema que debe ser replanteado en sus cimientos para que tenga la perspectiva de una mayor eficiencia y un mayor impacto.

En contraste con esta posible implantación de un Sistema Nacional de Salud sólido y congruente en nuestro país, en los últimos 6 años el Gobierno ha decidido dinamitar las Instituciones del Estado que conformaban, el imperfecto pero funcional sistema nacional de salud que estaba vigente, y están tratando de cambiar su naturaleza y su orientación política con la

combinación de situaciones muy comprometidas y forzadas, que lejos de beneficiar el cuidado de la salud del pueblo, lo alejan cada vez más del ideal ofertado por el Ejecutivo Federal de llegar a tener un sistema universal de cobertura total y con una calidad supuestamente que lo ubique en los primeros niveles en el ámbito internacional cuando ha afirmado en innumerables ocasiones que sería igual o mejor que el tenido por los daneses.

Por ello, analizaremos a continuación las posibilidades jurídicas basadas en lo establecido en la Constitución y en las Leyes que de ella emanan en relación con las atribuciones institucionales para la provisión de la salud y la seguridad social a los grupos poblacionales existentes en nuestro país.

5.2. Planteamiento General del cambio necesario.

El gran reto estructural que enfrentamos para seguir avanzando es la falta de integración entre los esquemas que cubren a diferentes grupos de la población. El país necesita transitar hacia la siguiente etapa de la seguridad social, que es la *Protección Social Universal*, la esencia de la protección social es que el acceso a los beneficios deje de ser solamente un *derecho laboral*, lo cual necesariamente lo limita, para convertirse en un derecho ciudadano que lo vuelva *derecho universal*.

Un elemento vital de esta nueva fase de desarrollo debe ser la construcción del *Sistema Único de Salud de México*, que represente un aseguramiento en salud de tipo universal, que requiere un despliegue pleno de cambios institucionales, que por fin garanticen a todas las personas, independientemente de su condición laboral, el ejercicio efectivo y equitativo del derecho a la protección de la salud, evitando su fragmentación y marginación de los grupos más vulnerables.

Un aspecto que merece especial atención es la reforma financiera, que debe tener como meta, movilizar recursos adicionales para la salud y garantizar un financiamiento justo de la atención a la salud, evitando los gastos excesivos de los hogares en esta materia. Asimismo, debe buscarse el ordenamiento de las fuentes y fondos que conforman la estructura financiera del sistema para evitar duplicidades y optimizar el gasto público, es decir, instrumentar medidas que permitan un mejor uso de los recursos.

Para ello, es menester tener que legislar la contribución social generalizada para la salud *separando el financiamiento de la atención médica del financiamiento de todas las demás prestaciones de la seguridad social*, por lo que al realizar esta separación debe consolidarse un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos por servicios de alta especialidad, asegurar el financiamiento de los bienes públicos de la salud, institucionalizar un proceso justo y democrático para definir prioridades entre las intervenciones de salud, impulsar la participación público-privada en la inversión en salud, y asegurar el impacto del incremento de los niveles de salud en la competitividad del sistema productivo.

5.3. Los ajustes jurídicos que se requieren para alcanzar el objetivo

Desde 1983 el Artículo 4° constitucional reconoce el derecho de todas las personas a la protección de la salud. Sin embargo, la fragmentación del sistema de salud no ha permitido el ejercicio universal e igualitario de este derecho. A pesar del éxito de ciertos programas de salud pública, persisten brechas en las condiciones de salud de la población, y la meta de alcanzar una cobertura universal parece inalcanzable mediante los esquemas tradicionales de la seguridad social.

Las nuevas propuestas que deben hacerse para consolidar el avance en la reforma del sistema de salud tendrán que enfocarse en hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud, pero, a partir de una mayor precisión del concepto de protección de la salud y sus alcances en términos de las obligaciones y responsabilidades para los tres órdenes de gobierno y la sociedad en su conjunto.

Con el fin de adaptar el Sistema Nacional de Salud a la nueva realidad demográfica, epidemiológica y política del país, se hace necesario el establecimiento de un nuevo Contrato Social para la Protección de la Salud, cuyo objetivo es diseñar e implantar una *política pública de Estado* que consolide, en una visión de largo plazo, el trabajo de varias generaciones de profesionales e instituciones de la salud.

En este sentido las acciones que protegen contra riesgos a la salud van más allá del ámbito de la atención médica o los servicios personales de salud pues existe un conjunto amplio de acciones comprendidas en el campo sanitario y preventivo, que no sólo forman parte esencial de todo sistema de salud, sino que son también las intervenciones que más contribuyen a mejorar las condiciones de salud de la población a un costo razonable.

A pesar de su importante aporte para aumentar la esperanza de vida y mejorar la calidad de vida de la población, las acciones sanitarias y de prevención desde el arranque del Sistema Nacional de Salud fueron desplazadas por la atención médica curativa, y tanto hoy como en el futuro, se hace imprescindible rescatar un balance adecuado entre la atención médica y la salud pública que, al prevenir enfermedades, colabore al mejoramiento persistente de los niveles de salud.

Para seguir contribuyendo a mejorar las condiciones de salud de acuerdo con el ritmo observado en las últimas décadas, para superar rezagos persistentes, para atender necesidades de grupos vulnerables y con el fin de ayudar a contener los costos crecientes de la atención a la salud, es necesario colocar de nuevo a la salud pública en el centro de las políticas del Sistema Nacional de Salud.

Esto implica un esfuerzo para continuar y expandir políticas, programas y proyectos relacionados con intervenciones en poblaciones y reducir rezagos de enfermedades de ocurrencia previa a la transición que vivimos, además de una mayor y mejor coordinación intra e intersectorial, y una mayor participación en los presupuestos federal y estatal asignados a la salud pública.

Se trata de acciones sanitarias que benefician a todas las personas, independientemente de su condición económica, social, étnica o de

cualquier índole, tales como la promoción de la salud y la vacunación. Asimismo, se trata de promover políticas saludables, efectuadas en otros sectores pero que tienen impacto importante en los principales determinantes de las condiciones de salud, como el tratamiento y la disposición de agua potable y el manejo de desechos, entre otras.

La configuración actual del sistema de salud ya no responde a los retos demográficos y epidemiológicos solamente, ni a los que plantea la realidad democrática y económica del México actual. La transformación integral del sistema debe comenzar con una respuesta de orden estructural en la forma en que se financia la salud.

La consolidación del componente financiero es la clave para desencadenar otros incentivos y las reformas subsecuentes que son indispensables para cambiar de fondo los alicientes a la equidad, a la calidad y a la eficiencia. El objetivo de esta reforma financiera es transformar la arquitectura del sistema de salud para garantizar el uso ordenado de los recursos disponibles y, de este modo, hacer efectiva la protección social en materia de salud para toda la población. Esto requiere de la configuración de una sola *Administración Financiera del Sistema*.

El sistema de salud en México cuenta hoy en día con tres pilares del aseguramiento en salud: el Seguro de Enfermedades y Maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los trabajadores asalariados de las empresas privadas y sus familiares; el Fondo Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los empleados de las instituciones de la administración pública federal y sus familiares; y el financiamiento del IMSS-BIENESTAR (que substituyó al Seguro Popular) para los trabajadores no asalariados, los desempleados y sus familiares.

Con ello se tiene un fundamento sólido para alcanzar la protección financiera universal, mediante la consolidación de un *Sistema Único de Salud*, a través de un *Aseguramiento Universal de la Salud* que garantice el acceso de todas las familias a los servicios médicos y que integre los pilares institucionales existentes: IMSS, ISSSTE y el IMSS-BIENESTAR, que tendría que dejar de ser un programa de una de las Instituciones de seguridad social convencional, para pasar a ser un *Organismo Público Descentralizado* con personalidad jurídica y patrimonio propios y con el nombre que quieran darle las autoridades, pero con la atribución legal y los fondos presupuestales indispensables para cumplir con la misión de proveer la salud en un sistema único.

El objetivo es contar con una estructura integradora para el componente del financiamiento de la protección de la salud (incluyendo la recaudación de fondos, la diversificación de riesgos y la asignación de recursos). Esto implicaría integrar el financiamiento de los tres pilares institucionales existentes en uno solo. La prestación de los servicios de atención médica sería plural y siempre coordinada, al comprender los servicios ambulatorios y hospitalarios del IMSS, del ISSSTE, de los Institutos Nacionales de Salud, de

los hospitales federales de referencia y de todos los servicios públicos existentes en el país, integrados en los servicios estatales de salud.

Esta configuración sería más equitativa en términos de las reglas de financiamiento y la prestación de los servicios, ya que eliminaría la problemática de la portabilidad de beneficios entre instituciones, al concentrar en un solo rubro todo lo relacionado con el tema de salud, sin discriminar por grupo de población, y al operar de manera independiente de otros beneficios de la protección social, sobre todo de aquellos asociados más estrechamente con la nómina.

La mejor estrategia para lograr estas previsiones es la implantación de reformas graduales que vayan preparando el camino hacia la consolidación de instituciones, en particular en lo relativo a las prestaciones para población no asalariada. El modelo objetivo entraña diseños institucionales muy distintos a los actuales con implicaciones jurídicas, laborales, financieras y operativas complejas, y que demandan un alto grado de consenso político, pues podría llegar a plantearse la posibilidad de que los programas sociales que se entregan a los grupos poblacionales sin seguridad social, dejen de ser beneficios clientelares sujetos a opacidades y manejos obscuros, para pasar a ser un conjunto de beneficios integrados en el rubro de Seguridad Social para la población no contributiva.

Pero eso será tema de otros análisis al respecto que realicen los expertos en economía social y política, por lo pronto sigamos centrados en lo correspondiente a salud pública.

Entonces, el camino hacia la imagen objetivo de tener un sistema nacional de salud con un sistema único de aseguramiento financiero invariablemente enfrentará resistencias importantes y la velocidad de las reformas deberá evaluarse a la luz del capital político de las nuevas administraciones.

Para avanzar en este sentido, se requiere desarrollar instrumentos jurídicos, técnicos y administrativos que le den precisamente un carácter universal al sistema y lo preparen para la transición hacia el modelo horizontal. Entre los que podemos considerar se encuentra:

Creación de un *fondo único de aseguramiento*, que permitiría diversificar riesgos en salud a escala nacional, de manera solidaria y eficiente;

Emisión de una *tarjeta universal de salud*, que garantizaría que las personas puedan reclamar sus beneficios a las instituciones prestadoras, así como una mayor claridad en el pago de las aportaciones del gobierno federal por beneficiario,

Definición de *tabuladores unificados de intervenciones*, que garantizarían optimizar la oferta mediante la utilización y facturación cruzada de servicios entre instituciones públicas, sociales y privadas,

Elaboración de un plan obligatorio de servicios, que establecería y homologaría de manera explícita el conjunto de beneficios a que tiene derecho la población,

Inscripción del 100% de la población en el *archivo nacional de salud* de la mano con la portabilidad tecnológica para el funcionamiento de

El expediente clínico electrónico, manejando en forma normalizada y sistemática los *Protocolos de diagnóstico y tratamiento* integrales, con los flujogramas correspondientes que los expertos determinen como más adecuados para cada padecimiento.

Uno de los elementos fundamentales para anclar la construcción del Sistema Único de Salud, con el Aseguramiento Universal, es la redefinición de los mecanismos de financiamiento. La transición hacia un nuevo modelo del sistema de salud requiere de una serie de propuestas puntuales que logren, por un lado, consolidar los pilares actuales de la seguridad social y, simultáneamente, migrar hacia la universalización e integración del sistema.

Insistimos reiteradamente que una de las partes medulares de la propuesta, es separar el financiamiento de la atención médica del financiamiento de otras prestaciones de la seguridad social.

En este sentido la separación de las distintas prestaciones de la seguridad social, tienen también diferentes lógicas de cómo financiarse, lo cual explica que algunas puedan financiarse vía la nómina y otras requieran reservas actuariales para suavizar en el tiempo las contingencias financieras de los cambios demográficos.

Así, por ejemplo, las prestaciones en dinero (pensiones, créditos y subsidios) deben mantener un régimen de reservas financieras y los beneficios deben estar vinculados a las contribuciones para facilitar la auto fiscalización por parte del trabajador.

En la atención médica la lógica de recaudación y acceso a los beneficios es distinta y la principal preocupación financiera es buscar la diversificación más amplia posible de los riesgos de salud que enfrenta la población.

La reforma integral del financiamiento requiere evitar que las contingencias financieras de un ramo de seguro, como las pensiones, afecten los servicios de salud, y viceversa. Para ello es necesario considerar: el desarrollo de estrategias y efectuar cambios en la estructura corporativa de las instituciones de la seguridad social con vistas a separar en dimensiones operativas independientes los distintos ramos de seguros; la evaluación de aquellas prestaciones susceptibles de ser consolidadas en el corto plazo por funciones y por tipo de prestación, lo que permitiría avanzar hacia la visión deseable del sistema, y la utilización de los ahorros asociados a economías de escala y reducción de duplicidades para financiar estructuras administrativas más capacitadas y eficientes.

5.4. Pertinencia social de la propuesta

La instrumentación y la efectividad de las políticas en el sector dependerán del desarrollo institucional y organizacional del sistema. Asimismo, será necesario contar con instrumentos y cauces que permitan por un lado dar seguimiento a las acciones realizadas y por otro alimentar la definición de políticas con base en las percepciones de la población.

El sistema de salud no podría operar sin un marco rector claro, así como tampoco al margen de su desempeño o al margen de la población que atienda. En ese sentido será necesario precisar la figura y funciones de rectoría del sistema, al representar una función necesaria para conducir y velar el cumplimiento de los objetivos del sistema de salud.

Las propuestas presentadas en las secciones previas requieren del fortalecimiento de la Secretaría de Salud como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud y de una mejor coordinación interinstitucional entre ella y el IMSS y el ISSSTE. Una rectoría unificada bajo una sola dependencia lograría no sólo mayor congruencia de las políticas en materia de salud sino también la reducción significativa de costos administrativos y de traslapes en las coberturas de servicios, así como una mayor transparencia y rendición de cuentas a la sociedad.

La Preservación de la salud popular, demanda mayor participación de la población. Además de su participación en aspectos de autocuidado de la salud, deben existir mecanismos que permitan incorporar sus expectativas y demandas como parte del diseño de políticas y de la forma de prestar los servicios. En esa medida, el sistema de salud contaría con mayores elementos para responder a las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

Conocer los problemas y preocupaciones de la ciudadanía deberán ser un mecanismo trascendente para hacer más efectivas las políticas de conducción de la atención a la salud. En el caso específico de la relación médico-paciente, es importante la existencia de instancias que cooperen para prevenir y resolver los problemas derivados del error médico.

Para blindar la propuesta a partir de la participación ciudadana en materia de salud se integrarían de manera organizada la participación de grupos de apoyo y defensa de los pacientes en los procesos de definición de intervenciones prioritarias y de los cuadros básicos, así como de evaluación de nuevas tecnologías e intervenciones, por medio del Consejo de Salubridad General.

Se considerará vital el incorporar como parte de los consejos directivos de hospitales a representantes ciudadanos o miembros destacados de la comunidad, con objeto de hacer participativa, en el ámbito operativo, a la sociedad para determinar sus necesidades y expectativas y con ello mejorar la calidad de los servicios en su dimensión interpersonal, consolidando las instancias existentes para la conciliación y arbitraje médico en los niveles federal y estatal que permitan proteger los derechos de los usuarios y desmotivar el ejercicio de prácticas clínicas defensivas, como es el caso de la *Comisión Nacional de Arbitraje Médico y las Comisiones correspondientes en cada una de las entidades federativas*.

México es un mosaico de enormes contrastes y desigualdades. En el escenario de la salud, las transiciones demográfica y epidemiológica, la económica e incluso la social, no han impedido la reproducción de las grandes brechas entre los diferentes grupos de población que componen a la

sociedad mexicana (rural/urbano, pobres y no pobres, mujeres y hombres, jóvenes y viejos, etc.).

En algunos aspectos, incluso, podría decirse que estas transiciones han contribuido al incremento en las inequidades en nuestra sociedad y nuestro sistema de salud. De esta forma, es fácil encontrar casos de avances impresionantes y simultáneamente de situaciones de rezago inaceptable.

La salud en México ha mejorado en el último medio siglo, hecho que se refleja de manera muy clara en la esperanza de vida al nacimiento: entre 1950 y 2018 el país ganó 27 años en este indicador. Hasta 2020 las mujeres mexicanas podían esperar vivir casi 78 años y los hombres casi 75, pero con la pandemia de COVID-19 y la cuestionable respuesta tenida por el sector salud, la esperanza de vida bajó en general cerca de 4 años, situación que habrá de compensarse en el futuro inmediato, al poder ofrecer un sistema de salud que atienda de manera oportuna, eficaz y eficiente los problemas de salud que enferman y matan a la población.

El perfil demográfico es causa y consecuencia del perfil epidemiológico del país. La estructura por edad muestra una población que envejece paulatinamente, con el desplazamiento ascendente de la edad mediana, una menor participación de la población infantil, y un crecimiento de los grupos de edad medios, en edad productiva, así como el incremento acelerado de la población mayor de 65 años. También se observa un tránsito persistente de la población rural hacia el medio urbano y la migración hacia el extranjero y vemos que ha cambiado el perfil demográfico de comunidades, incluso de entidades federativas.

En consecuencia, las causas principales de muerte también se han modificado. Las infecciones comunes y los padecimientos ligados a la desnutrición y a la reproducción, que ocupaban los primeros sitios entre las causas de muerte, fueron desplazados por las enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, las cerebrovasculares, la diabetes, el cáncer, las enfermedades mentales, las adicciones, los accidentes y las lesiones en general.

Entre los últimos 70 años, las diarreas pasaron de producir 14% de las muertes en el país a menos de 1%. En contraste, las enfermedades no transmisibles pasaron de concentrar 44% de las muertes en 1950 a 70% en el año 2018. El porcentaje atribuible a las lesiones sea por violencia o por accidentes, pasó de 6 a casi 15% en ese mismo periodo. Los padecimientos no transmisibles y las lesiones requieren tratamientos más complejos, prolongados y costosos que los exigidos por las infecciones comunes y los problemas relacionados con la desnutrición y la reproducción.

No obstante, los avances en el combate a la pobreza, muchos grupos poblacionales persisten por debajo de la línea de la pobreza extrema y se encuentran todavía frente a riesgos de salud ante la falta de oportunidades y de servicios que requieren, con énfasis en los del cuidado de su salud al quedarse sin protección garantizada, casi 50 millones de mexicanos a raíz de la extinción del Seguro Popular substituido por el INSABI y ahora por el IMSS-Bienestar.

Los indicadores nacionales esconden todavía grandes inequidades en el acceso a los servicios de salud y en su financiamiento, lo que redunda en marcadas diferencias en el nivel de salud entre estados, localidades y grupos poblacionales. El sistema mexicano de salud no cuenta con recursos suficientes para enfrentar el nuevo perfil de enfermedades que se presenta en la población.

En el año 2000 México dedicaba menos del 6% del PIB a la salud, mientras que otros países latinoamericanos con condiciones de desarrollo similares destinaban más de 8% de su ingreso a este aspecto primordial del desarrollo social. Actualmente el Estado destina apenas el 5.2% del PIB aún con una población sensiblemente mayor de casi 130 millones de habitantes, lo que evidencia la disminución per cápita del presupuesto destinado a salud en nuestro país y lo pone en mayor desventaja contra lo que ocurre en otros países como ya se mencionó.

Para alcanzar el nivel de inversión que permita atender las necesidades de salud de nuestra población se requerirán recursos que tendrán que movilizarse por medio de estrategias innovadoras y sustentables de ampliación y redistribución del gasto público. La atención adecuada de estas necesidades exigirá también la implantación de diversas medidas que garanticen mayor salud por el dinero invertido, lo que supone una oferta de servicios oportunos, seguros, eficientes y efectivos.

Durante los últimos años, se han registrado en el mundo importantes adelantos en materia de salud y México no ha sido la excepción. Un ejemplo de ello en el país era hasta 2018 la aplicación universal de vacunas que se traducía en coberturas que iban de 90 a 95%. Otros ejemplos eran la disminución en los índices de desnutrición, la reducción de enfermedades infecciosas y el aumento en la cobertura de los servicios públicos de salud.

Para el caso de la mortalidad por deficiencias nutricionales en niños menores de cinco años había caído de casi 25 por cada 100 mil niños en 1995 a tan sólo 7 en 2018. La mortalidad infantil, de poco más de 27 por cada mil nacimientos estimados en 1995, se había reducido a 16 por el mismo número de nacimientos estimados en 2018.

Aunque para el 2023 estos indicadores han vuelto a caer debido a la ya mencionada situación ocurrida en este gobierno para con el sistema nacional de salud, al volver a dejar sin protección garantizada a casi 50 millones de mexicanos, al reducir el gasto en salud, al implantar un sistema basado en un programa añejo, al tomar decisiones incorrectas y al cerrar los ojos a una realidad cada vez más agresiva para la salud de la población.

Sin embargo, la existencia de estos importantes desafíos por superar, derivados principalmente de la transición demográfica, de la desigualdad económica, de las fallas gubernamentales, de las muertes por enfermedades no transmisibles, de los padecimientos asociados a una larga vida, como la diabetes y la hipertensión, así como las lesiones por accidentes o violencia, representan hoy el 85% de todas las muertes que se registran en México, ya que estos problemas de salud son complejos y de tratamiento costoso. El otro 15% corresponde a las muertes por enfermedades asociadas con la

pobreza, como las infecciosas, la desnutrición y las que tienen que ver con la reproducción, mismas que hace 50 años eran las más frecuentes en el conjunto de la población y que ahora afectan sobre todo a quienes viven en situaciones precarias.

Las personas más pobres tienen mayor riesgo de morir a edades más tempranas que el resto de la población. Como puede apreciarse, la salud de la sociedad mexicana refleja las desigualdades sociales y económicas del país. Esta desigualdad, expresada en la dimensión de la salud de las personas, puede observarse también entre regiones.

Es notoria, por ejemplo, en la tasa de mortalidad infantil en Nuevo León de 10.2 fallecimientos por cada mil niños nacidos, mientras que en Guerrero fue cercana a 25. El porcentaje de muertes en menores de cinco años causadas por enfermedades infecciosas es de 5.1% en Aguascalientes, mientras que en Chiapas es de 24%.

En los sectores más rezagados socialmente conviven al mismo tiempo las llamadas enfermedades del subdesarrollo y las del desarrollo, lo que complica todavía más las soluciones. Sencillamente, la infraestructura para el tratamiento de las enfermedades asociadas a comunidades económicamente desfavorecidas es muy distinta a la que atendería las enfermedades características de personas con niveles de vida mejores.

Tomar en cuenta la dimensión demográfica de la sociedad mexicana es importante para comprender las necesidades más importantes en materia de salud. Para empezar, hay que considerar que la estructura de la población por edades ha variado mucho en las últimas décadas, lo cual plantea desafíos adicionales al sistema de salud, es decir, que no estaban necesariamente previstos por la oferta presente de servicios de salud.

Destacadamente, cada vez hay menos niños y más adultos. En 1970, de cada 100 mexicanos 19 eran niños de cinco años o menos. Ahora son solamente 9 de cada 100. En contraste, la población económicamente activa se triplicó entre 1960 y 2018. Actualmente ésta representa el 67% de toda la población mexicana, y este dato distingue justamente nuestra transición demográfica, pues prácticamente dos terceras partes de la población son muy probablemente perceptores de ingresos por ubicarse en edades productivas.

Pero es necesario advertir que, por otra parte, la población de adultos mayores crece considerablemente y con ello poco a poco disminuye la base social de personas que aportan recursos al conjunto social. En otras palabras, el bono demográfico que representa un segmento mayoritario de la población en edad productiva se irá disminuyendo, indefectiblemente, con el tiempo. Se augura que para 2025 años el sector de adultos mayores tendrá 15.6 millones de personas, de manera que para el año 2030 representará 12% de la población nacional, siendo los problemas de salud de adultos y adultos mayores, por lo tanto, el componente que más atención demande.

Existen marcadas diferencias en los servicios de salud públicos entre los estados de la República. Mientras que el Distrito Federal cuenta con tres

médicos y cinco enfermeras por cada mil habitantes, el Estado de México, Chiapas y Puebla tienen menos de un médico y una enfermera por cada mil.

Estas disparidades entre regiones en materia de salud son inaceptables bajo un criterio elemental de justicia y son expresión de inequidad en desarrollo humano En Oaxaca, Guerrero y Chiapas la esperanza de vida es casi 10 años más baja que en Baja California Sur, Nuevo León o el Distrito Federal. Asimismo, en las zonas con menos de 5% de población indígena, la esperanza de vida promedia 75 años, y donde esta proporción es superior a 75%, se reduce a 63 años.

En el año 2000, por vez primera el número de adultos mayores superó a la población infantil en el mundo. En toda la historia de la humanidad había más niños que gente mayor, y ahora es a la inversa y México va a llegar a este punto de inflexión muy pronto. En 2007 la población urbana del planeta superó a la rural, un fenómeno inédito que nuestro país vive desde 1980.

Las acciones de combate a la pobreza han contribuido a disminuir la desnutrición y, con ella, la baja talla de los niños al nacer. Sin embargo, el número absoluto de estos niños, más de 1.5 millones, sigue siendo de una magnitud muy preocupante. Sencillamente, esta desventaja a una edad tan temprana resulta inaceptable, debido a sus efectos negativos en el desarrollo de esos mexicanos.

En México, el cuadro más frecuente de enfermedades contagiosas sigue siendo expresión de la falta de una cultura elemental de la salud en muchas de nuestras comunidades. Los padecimientos transmisibles más frecuentes en nuestro país son, en orden de importancia, infecciones respiratorias, diarrea, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual.

En 2003 la fecundidad en el mundo alcanzó lo que se conoce como nivel de reemplazo, y para el 2018 ya había solo un promedio de 1.9 hijos por mujer, lo que significa que hoy en el mundo una mujer promedio tiene apenas suficientes hijos a lo largo de su vida, para reemplazarla a ella y su pareja en la siguiente generación.

En México. la fecundidad llegó a nivel de reemplazo en el 2010, es decir un descenso marcadísimo si recordamos que apenas en 1970 cada mujer mexicana tenía en promedio casi 6 hijos.

Esa disminución a una tercera parte no permite exagerar la trascendencia de estos cambios en la dinámica de la población, la sobrevivencia de personas a mayores edades y, sobre todo, el rápido descenso de la fecundidad ha desencadenado un dramático proceso de envejecimiento de la población es decir un aumento en la proporción de personas de mayor edad.

El incremento en la demanda por servicios de salud, propiciado por el crecimiento poblacional, el cual va acompañado por un proceso de envejecimiento acelerado de la población; la transición demográfica y el incremento acelerado en la demanda de la población a los diferentes subsistemas de salud, conlleva a un conjunto de presiones hacia el Sistema de Salud que requieren de atención inmediata y oportuna que justifican

suficientemente la generación del Sistema Único de Salud a través del Aseguramiento Universal de la Salud.

5.5. Equidad y cobertura universal

Los avances en materia de salud han generado nuevos retos, la equidad es el más apremiante, el progreso en las instituciones de salud no se ha distribuido de manera homogénea ni entre los países ni al interior de ellos. Debido a la desigualdad social México al igual que el resto de las naciones en desarrollo enfrenta una triple carga de la enfermedad.

En primer lugar, está la agenda inconclusa, representada por las infecciones comunes, la mortalidad materna y la desnutrición, en México la patología del rezago sigue presente en las poblaciones de menores recursos, sobre todo en las comunidades indígenas, sin haber resuelto todo este rezago, enfrentamos ya los retos emergentes representados, como ya se dijo anteriormente, por las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las enfermedades del corazón, el cáncer y las enfermedades de salud mental, así como por las lesiones debidas ya sea a accidentes o a violencia.

Sin embargo, es justo reconocer que persisten grandes desigualdades en la calidad de los servicios de salud de que disfrutan los mexicanos. La desigualdad se observa también entre instituciones. PEMEX, por ejemplo, tiene un promedio de tres médicos por cada mil derechohabientes, mientras que la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE tienen menos de dos. Ello refleja que existen diferencias entre los servicios de salud que reciben derechohabientes del sector paraestatal.

Y es que hay inequidades incuestionables pues el gasto promedio anual por derechohabiente en PEMEX es de más de 20 mil pesos, en el ISSSTE es de más de 12 mil pesos, en el IMSS es de más de 10 mil pesos, y en la población abierta con el IMSS-Bienestar apenas rebasa los mil quinientos pesos. Estas brechas deben estrecharse en beneficio de la población que espera un trato igualitario.

El esfuerzo del Estado mexicano por hacer accesibles los servicios de salud a más personas, si bien se ha reflejado en una infraestructura hospitalaria y de servicios médicos de grandes dimensiones, se enfrenta al doble desafío de atender las que son llamadas enfermedades del subdesarrollo, como lo son la desnutrición y las infecciones que afectan principalmente a la población marginada, y padecimientos propios de países desarrollados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes.

Hacer frente a esta doble problemática representa un reto muy complejo, que para ser atendido adecuadamente requiere de la unión de recursos y compromisos entre la sociedad y los tres órdenes de gobierno. Esta suma de esfuerzos resulta indispensable para moderar las inequidades y acelerar el camino hacia la igualdad de oportunidades para los mexicanos, lo que es esencial para un progreso y una prosperidad compartidos.

Los avances en el sector han sido singulares debido, entre otras cosas, a la Reforma del Sistema de Salud de 2003 que generó el Sistema de Protección Social en Salud, lo cual permitió incrementar la cobertura de casi 45 por

ciento de los hogares en el año 2004 a cerca de 87 por ciento en 2018, aunque para 2023 ya había nuevamente 50 millones de mexicanos sin atención médica garantizada por la extinción del llamado Seguro Popular.

Aunado a ello, se había logrado abatir, a 13%, la probabilidad de que los hogares incurrieran en gastos catastróficos en salud, generando mejores oportunidades de inversión en capital humano para los hogares y para la economía en general, y ahora los gastos de bolsillo han aumentado a más del 40% por la incapacidad del programa IMSS-Bienestar de proveer servicios oportunos y eficaces.

México se encuentra ante la necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios y avanzar en reformas innovadoras en cuanto a la prestación de servicios para que 130 millones de personas tengan oportunidad de acceder a servicios de salud enmarcados en un sistema único e integral que les garantice la preservación de la vida y la integridad física.

En la actualidad podemos ver la ineficacia del sistema MAS-Bienestar y podemos ver también que otras instituciones de salud, como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el ISSSTE, se encuentran ante otro tipo de presiones derivadas de las transiciones social y económica que lo ponen al borde del colapso por el sistema de pensiones que no se ha resuelto de cara al futuro por la insuficiencia de sus reservas actuariales.

Lo anterior representa per se, una de las justificaciones para la propuesta que hacemos de separar la salud de la seguridad social, ya que actualmente estas instituciones enfrentan un panorama en el cual los recursos destinados a la atención de la salud de su población cubierta sean cada vez más insuficientes, y que la probabilidad de que los derechohabientes tengan que buscar servicios en otras instituciones sea también cada vez mayor.

Ante este panorama, México se encuentra ante un momento propicio para dar un paso decisivo hacía la universalidad de los servicios de salud y con ello reducir las desigualdades hasta ahora existentes en nuestro sistema de salud.

El primer paso para esta transformación es contar con la inversión suficiente para hacer frente a los nuevos retos, debe apoyarse la necesidad de legislar un incremento sostenido del gasto público en salud, y dirigir la inmensa mayoría de ese incremento presupuestal a las entidades federativas.

5.6. El financiamiento del sistema nacional de aseguramiento en salud

Hoy las propuestas de mejora de nuestro sistema de salud deben enmarcarse en una estrategia integral de desarrollo social, como concepto integrador pues captura la responsabilidad esencial del Estado.

Por ello, es común hablar de protección física, protección civil, protección ambiental, protección jurídica, protección económica, una concepción integral debe abarcar también la protección social como una dimensión más de la responsabilidad esencial del Estado, en esta dimensión el principal desafío que enfrenta nuestro país es el desarrollo de la protección social

universal, cuya base son ahora los derechos ciudadanos y no solamente los derechos laborales.

La protección social en salud incluye la protección de la población contra los riesgos sanitarios mediante la vigilancia, la prevención, el fomento y la regulación y que además incluye también el acceso universal a servicios integrales de salud de alta calidad.

Este concepto de protección social responde a la letra y el espíritu de la constitución, pues el artículo cuarto habla precisamente del derecho a la protección de la salud, y ESE es precisamente el concepto constitucional. Para darle sentido concreto y exigirle a este derecho social, el vehículo de la protección social en materia de salud debe ser el *Sistema Único de Salud de México a través del Aseguramiento Universal de la Salud*.

Derecho social que es exigible en forma igualitaria, es decir, que ya no haya un grupo de *derechohabientes* de la seguridad social y un grupo de *derecho carecientes* que no tienen mecanismos de protección financiera, sino que sea universal en el sentido que abarque todos en una forma que se exija y se ejecute, ejerciendo en la misma forma con beneficios similares, accesibles regularmente y con el mismo nivel de calidad de protección financiera.

De aquí que el sistema único de salud debe integrar además funcionalmente, los tres pilares institucionales con los que cuenta el Sistema Mexicano de Salud, el IMSS, el ISSSTE y el IMSS-Bienestar.

El concepto clave es el de la integración funcional que permita establecer elementos que homologuen las reglas de financiamiento y garanticen la portabilidad de las prestaciones. Para ello se necesita una nueva generación de reformas del sistema de salud, una nueva generación que comprenda una reforma legal, una reforma financiera, una reforma gerencial y una reforma institucional.

La reforma legal incluye todas las modificaciones necesarias para convertir a la protección social en salud que sigue siendo en muchos sentidos un derecho laboral en un derecho ciudadano cuyo ejercicio debe además ser legalmente exigible, esto significaría tener plena *cobertura jurídica*.

La reforma financiera debe comprender cambios en diversos ámbitos, y aquí el deber es legislar una contribución social generalizada que sustituya los actuales sistemas fragmentados de financiamiento de la atención a la salud, proveniente ya sea de fondos generales o de cuotas obrero-patronales, debiendo ser esta contribución social de forma generalizada y utilizando los esquemas fiscales más progresivos posibles.

No bastará con incrementar el financiamiento, pues será necesario también, romper esta ineficiente segmentación de los riesgos y por ello se requerirá de la creación de un fondo único de aseguramiento, ya que más allá de los servicios de alta complejidad y de alto costo, habría que diseñar un paquete común de beneficios al que todo mexicano tenga derecho bajo cualquier esquema de aseguramiento público en salud con independencia de quien sea el prestador de servicios.

Otra reforma necesaria es la gerencial, cuyo propósito sea, llevar los procesos mismos de reforma a los espacios donde se produce el encuentro entre los prestadores y los usuarios de servicios.

Se requerirá entonces culminar la separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios en todas las unidades operativas del sector público, para que esta separación garantice una prestación plural de servicios sensible a las preferencias de los usuarios, lo cual permitirá premiar el buen desempeño y la calidad de la atención, que además rompa con la fragmentación institucional que ha dado lugar al deterioro de la calidad de la atención y la frecuente duplicación de la infraestructura.

Aunado a la *separación del financiamiento y la prestación*, será indispensable fortalecer las capacidades gerenciales en todos los niveles del sistema y desarrollar instrumentos gerenciales muy concretos para lograr la universalidad.

Por una parte, será necesario determinar la demanda por servicios de salud en México y establecer los requerimientos de oferta de servicios y recursos financieros para cubrir dicha demanda como parte del diagnóstico base, y por otra, analizar propuestas y estrategias graduales de separación entre el financiamiento y la prestación de los servicios de salud, así como orientar la propuesta para la consolidación de un *Fondo Universal para el Financiamiento de los Servicios de Salud*.

Lo anterior conlleva a considerar dentro de la misma reforma los mecanismos que consideren la portabilidad de beneficios entre instituciones y un tabulador unificado de intervenciones que permita la utilización y la facturación cruzada de servicios entre proveedores.

Finalmente, la reforma institucional que será necesario implementar, se refiere a las relaciones entre los actores del sistema de salud, incluyendo los poderes de la unión, los tres poderes de gobierno y los sindicatos, agrupaciones profesionales y organizaciones de la sociedad civil, para asegurar el respeto a la afiliación gremial y la conservación de los derechos y prerrogativas que legítimamente se han concedido a estas agrupaciones.

5.7. Amenazas y oportunidades

Para poder garantizar la atención a la salud es necesario superar diez grandes obstáculos que están vigente para el sistema de salud, como son: *inequidad, inseguridad, insuficiencia, inflación, inadecuada calidad, insatisfacción, ineficiencia, inadecuada información, inercia e intereses creados.*

La *inequidad* se refiere a un acceso diferencial a los recursos —financieros, materiales y humanos— y servicios para la salud entre distintos grupos poblacionales y entre entidades federativas, que se refleja en diferencias en las condiciones de salud. Las poblaciones no aseguradas del país tienden a recibir menores recursos públicos per cápita para la salud que las poblaciones aseguradas. Las entidades del norte del país reciben más recursos públicos que los estados del sur.

En este rubro todavía hay un importante rezago que combatir, sobre todo en lo que se refiere a las poblaciones indígenas, que presentan aún los valores más bajos del país en los indicadores de gasto en salud, acceso a recursos humanos (médicos y enfermeras) y materiales (camas y quirófanos), cobertura de servicios (atención prenatal, atención institucional del parto) y condiciones de salud.

En este último rubro destaca la persistencia en estas poblaciones de problemas de salud (diarreas, infecciones respiratorias y problemas relacionados con la desnutrición y la reproducción) para los cuales se cuenta con intervenciones efectivas y poco costosas.

La *inseguridad* se refleja en el alto porcentaje de hogares mexicanos que sufren por gastos catastróficos o empobrecedores al atender sus necesidades de salud. La cobertura debe ampliarse para alcanzar a todos los mexicanos, de tal manera que se debe tener como meta la inclusión en el sistema único de salud a 130 millones de mexicanos.

La *insuficiencia* se relaciona de manera muy estrecha con el nuevo perfil epidemiológico del país, el cual obliga a movilizar mayores recursos financieros con el fin de atender problemas de salud más complejos, prolongados y costosos.

La *inflación* en salud es consecuencia, sobre todo, de las continuas innovaciones tecnológicas en el sector, las cuales han hecho que los precios de los productos y los servicios para la salud se incrementen a un ritmo mayor que el índice general de precios. Esto obliga al sistema de salud a un uso más eficiente y racional de sus siempre limitados recursos.

La *inadecuada calidad* se manifiesta tanto en los componentes técnicos como en los interpersonales de la atención a la salud. Lo mismo en el sector público que en el privado existe una enorme variación en la calidad con la que operan los servicios. Hay unidades públicas y privadas de salud de excelencia, pero también centros de atención ambulatoria y hospitales que ofrecen servicios de baja efectividad y son inseguros.

La *insatisfacción* es un reflejo de la calidad heterogénea de los servicios. Se habían hecho progresos importantes en la atención pronta, en el trato digno a los usuarios y en el abasto de medicamentos, pero estos progresos lejos de haberse extendido a todo el sistema para mejorar el nivel general de satisfacción de los usuarios con los servicios, hubo de verse afectado por todos los errores ya mencionados en la gestión del actual sistema del MAS-Bienestar.

La *ineficiencia* se refleja en una baja productividad de los recursos en algunas instituciones (médicos, consultorios y quirófanos), mientras que en otras el problema es de una sobre utilización de los recursos asociada a un exceso en la demanda que pone en riesgo la calidad de la atención. Otro indicador de los problemas de eficiencia del sistema son los altos gastos administrativos de algunas instituciones públicas: 23% en los servicios estatales de salud y 17% en las instituciones de seguridad social.

La *inadecuada información* y la brecha en materia de tecnología de la información impiden la documentación objetiva de los problemas y el apoyo al diseño, implantación y evaluación de los programas y políticas de salud. En algunas entidades federativas, por ejemplo, todavía hay problemas de subregistro de las defunciones infantiles y maternas. Esto ha influido en la falta de transparencia y ha impedido el establecimiento de procesos institucionalizados de rendición de cuentas.

La *inercia* que genera resistencias al cambio en todos los niveles del sistema, las cuales sólo pueden combatirse con la formación de una nueva cultura institucional que incorpore incentivos generadores de comportamientos eficientes y comprometidos con el objetivo último del Sistema Nacional de Salud: mejorar las condiciones de salud de la población.

Finalmente, los *intereses creados*, reflejados, entre otras cosas, en la apropiación corporativista de las políticas sociales y las instituciones públicas, que han dificultado la implantación de las reformas financiera y organizacional que el sistema de salud requiere para adaptarse a los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y políticos que vive el país.

CAPITULO 6.

6.1. Conclusiones y consideraciones finales

Durante las últimas décadas México había generado y recibido los beneficios de una mejoría notable en las condiciones de salud. El mejor reflejo de ello se observaba en la esperanza de vida al nacimiento: en la segunda mitad del siglo XX este indicador tuvo un incremento de 27 años: de 48 años en 1950 a 75 en 2015.

También era manifiesta la mejora de indicadores de salud poblacional como el descenso de la mortalidad infantil y la erradicación de algunas enfermedades prevenibles por vacunación. Las principales causas de muerte también se habían modificado.

Las infecciones comunes y los problemas que tienen vínculos con la desnutrición y la reproducción habían sido desplazados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones, que concentraban más de 85% de las causas de muerte en el país. Si bien estos avances habían sido, en buena medida, producto de una mejoría en las condiciones generales de vida, no podrían explicarse cabalmente sin tomar en cuenta el consistente esfuerzo de las instituciones de salud en México.

En ese contexto, en los últimos 6 años las condiciones se deterioraron ostensiblemente y aunque existe una gran opacidad en el manejo de la información, los indicadores de resultados muestran un retroceso peligroso pues los padecimientos no transmisibles y las lesiones requieren ahora de tratamientos más complejos y prolongados que los de otra índole; por lo mismo, su manejo es más costoso y significan una mayor carga económica para la sociedad que las infecciones comunes y los problemas relacionados con la desnutrición y la reproducción.

El sistema mexicano de salud actual no cuenta con los recursos suficientes y los arreglos organizacionales convenientes para enfrentar este nuevo perfil

de enfermedades. Hacer frente a este nuevo perfil y a nuevos riesgos a la salud requiere de una respuesta sistémica que considere riesgos emergentes, los aspectos financieros y estructurales del sistema, los recursos esenciales necesarios para la prestación de los servicios, mejorar la eficiencia en la atención médica y avanzar en la rectoría del sistema para hacer crecientemente efectivo el derecho a la protección de la salud de los mexicanos.

Las reformas a la Ley General de Salud en relación con el Sistema único de Salud con un aseguramiento único de tipo financiero tendrán que permitir la movilización de recursos adicionales para la salud. De hecho, se prevé que sea necesario un incremento del gasto en salud de 5.1% del PIB de 2025 a cerca de 7.0% para los años siguientes si se quiere cumplir con las expectativas de la propuesta en relación con las necesidades de la población, pues, aunque se trata de un aumento importante, esta cifra se ubicaría, todavía, por debajo del promedio latinoamericano.

Para alcanzar el nivel de inversión que permita atender las necesidades de salud de los mexicanos, se requerirán recursos crecientes que tendrán que movilizarse mediante estrategias innovadoras y sustentables de ampliación y redistribución del gasto público en salud. La cuidadosa atención de estas necesidades exigirá de diversas medidas que garanticen mayor salud por el dinero invertido, lo que supone una oferta de servicios oportunos, seguros y efectivos.

Para garantizar la atención a la salud que esperan los mexicanos, será necesario superar diez grandes obstáculos que, aunque se enunciaron en 1993, aún subsisten: inequidad, inseguridad, insuficiencia, inflación, inadecuada calidad, insatisfacción, ineficiencia, inadecuada información, inercia e intereses creados.

A fin de adaptar el Sistema Nacional de Salud a la nueva realidad demográfica, epidemiológica y política del país, resultará de gran importancia avanzar hacia el objetivo de diseñar e implantar una política pública de Estado que consolide, en una visión de largo plazo, el trabajo de varias generaciones de profesionales e instituciones de la salud, y cuyo eje central se ubica en el fortalecimiento de la rectoría del Sistema Nacional de Salud.

El gran reto estructural que enfrentamos para seguir avanzando es la falta de integración entre los esquemas que cubren a diferentes grupos de la población.

El país necesita transitar hacia el siguiente estadio de la seguridad social, que es la *Protección Social Universal*, la esencia de la protección social es que el acceso a los beneficios deja de ser solamente un derecho laboral, lo cual necesariamente lo limita para convertirse en un derecho ciudadano lo cual lo vuelve universal.

Las propuestas en materia de reforma financiera para alcanzar el acceso universal a la protección financiera y ordenar el financiamiento del sistema, tienen como meta movilizar recursos adicionales para la salud y garantizar

un financiamiento justo de la atención a la salud que evite los gastos excesivos de los hogares en esta materia.

Asimismo, se busca ordenar las fuentes y fondos que conforman la estructura financiera del sistema para evitar duplicidades y optimizar el gasto público, es decir, instrumentar medidas que permitan un mejor uso de los recursos.

Para ello se propone legislar la contribución social generalizada para la salud; *separar el financiamiento de la atención médica del financiamiento de otras prestaciones de la seguridad social*; separar el financiamiento y la prestación de los servicios de atención médica; consolidar un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos por servicios de alta especialidad; asegurar el financiamiento de los bienes públicos de la salud; institucionalizar un proceso justo y democrático para definir prioridades entre las intervenciones de salud; impulsar la participación público-privada en la inversión en salud, y asegurar el impacto del incremento de los niveles de salud en la competitividad del sistema productivo.

Un elemento vital de esta nueva fase de desarrollo debe ser la construcción del *Sistema Nacional de Aseguramiento en Salud*. El despliegue pleno requerirá cambios institucionales que por fin garanticen a todas las personas independientemente de su condición laboral, el ejercicio efectivo y equitativo del derecho a la protección de la salud, evitando su fragmentación y marginación de los grupos más vulnerables, para lo cual es indispensable considerar los siguientes ámbitos de reforma:

- Una reforma en materia de salud de las poblaciones para dar prioridad a la promoción de la salud y a la prevención del riesgo a la salud.
- Una reforma financiera para alcanzar el acceso universal a la protección de la salud y ordenar su financiamiento a partir de la separación entre el financiamiento y la prestación de los servicios de salud, así mismo, orientar la propuesta para la consolidación de un *Fondo Universal para el Financiamiento de los Servicios de Salud,* como única *Administración Financiera del Sistema.*
- Se requiere entonces culminar la separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios en todas las unidades operativas del sector público. Con la consiguiente definición de tabuladores unificados de intervenciones, que garantizarían optimizar la oferta mediante la utilización y facturación cruzada de servicios entre instituciones públicas, sociales y privadas;
- Una reforma sobre los recursos esenciales para impulsar la calidad de los servicios.
- Una reforma en la prestación de servicios para lograr mayor eficiencia en la atención médica, que garantice que las personas puedan reclamar sus beneficios a las instituciones prestadoras, así como una mayor claridad en el pago de las aportaciones del gobierno federal por beneficiario, y

- Una reforma enfocada en el fortalecimiento de la rectoría del sistema para sustentar de mejor manera su conducción y buen desempeño.

La protección de la salud debe comprenderse como una política social de Estado, un derecho social crecientemente efectivo, un instrumento estratégico para el combate a la pobreza, un componente esencial de la democracia, una divisa de participación de la sociedad civil organizada, una estrategia fundamental para el desarrollo económico y una responsabilidad de todos.

La salud tiene además una virtud particular: es un tema que unifica, un anhelo de todas las sociedades, un compromiso de todos los sectores y, en esa medida, un valor que fortalece el entramado social, desde una perspectiva de equidad y justicia.

El proceso de consolidación de la democracia que pretendemos todos que se viva en México, gira en torno a garantizar el ejercicio de los derechos civiles y políticos, y el acceso universal a la atención de la salud constituye una punta de lanza del fortalecimiento de la ciudadanía que encuentra su momento culminante con el ejercicio universal pleno de los derechos sociales, entre ellos, en forma destacada, el de la protección de la salud, por medio de esta propuesta del *Sistema Único de Salud de México a través del Aseguramiento Universal de la Salud.*

CAPITULO 7.

El Sistema Nacional de Salud perfecto

Un escenario ideal

Aunque digan que los sueños...sueños son,
a veces podemos hacerlos realidad.

7.1. La expectativa del usuario de su mejor sistema de salud

El 28 de agosto de 1963 Martin Luther King expuso una de las frases más célebres de todos los tiempos cuando en las escaleras del monumento a Abraham Lincoln dijo:

“I have a dream” … “tengo un sueño”

Hoy nos atrevemos a citarlo… *“tenemos un sueño”* y es acerca del postulado inscrito en el Art. 4to de nuestra Constitución donde se establece que *“toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.*

Nuestro sueño se refiere a cómo debería ser el Sistema Nacional de Salud de México que responda al derecho que todos los mexicanos tenemos, al margen de ser empresarios, obreros, empleados, funcionarios de gobierno, campesinos, pescadores, mineros, vendedores ambulantes, servidoras del hogar, trabajadores independientes, estudiantes, amas de casa, desempleados o parias sin hogar.

Seguros estamos que nuestro sueño es el que tendrían todos los mexicanos si llegaran a pensar en ello, pues representa el deseo intrínseco de cómo quisiéramos que nuestra salud sea cuidada por el Estado, desde la protección informada, la prevención, la curación o la rehabilitación física, mental y social que todos necesitamos alguna, o muchas veces en la vida.

Por ello hoy les decimos a todos los mexicanos que quieran escuchar nuestra humilde pero puntual propuesta, sabiendo que ni los más combativos simpatizantes de todas las corrientes política que existen, podrían llegar a estar en desacuerdo con ella, a menos que sean de otro planeta, tengan desorientación mental, su cociente intelectual no les permita imaginar el funcionamiento del modelo que les presentamos…o bien que tengan intenciones perversas para beneficiarse de cualquier otro modelo que pudieran llegar a querer implementar.

El pueblo de México necesita un gobernante que tome la decisión de considerar una sola línea de tipo general, para que los involucrados de la estructura gubernamental emitan las políticas públicas y estrategias operacionales que la hagan realidad.

Esa política pública general es:

Conformar un sistema nacional de salud único e integral, para lo cual es menester que cumpla con las siguientes condiciones:

- *De universalidad*, para que disponga las instalaciones, equipos, recursos humanos, recursos materiales y recursos financieros en todos los niveles de atención existentes, para TODOS LOS MEXICANOS al margen de su condición social, laboral o económica.
- *De integralidad*, para que ofrezca TODOS LOS SERVICIOS que son requeridos por el pueblo de México en cuanto a Educación en Salud, Promoción de la Salud, Prevención de enfermedades, Protección específica, Protección contra Riesgos Sanitarios, Curación ambulatoria,

Curación hospitalaria y Rehabilitación física, mental y social, para quienes lo requieran.

- *De accesibilidad geográfica*, para que sea actualizada la Regionalización de los Servicios en todo el país, para que, a la luz de un enfoque integral, sean considerados los sistemas locales y sistemas regionales de salud, ya considerando las unidades de primero, segundo y tercer nivel de todas las instituciones, al margen de su esquema de administración y financiamiento.
- *De uniformidad administrativa*, para que todas las unidades en semejanza de su nivel de funcionamiento estén dotadas de los recursos físicos, humanos, materiales y financieros necesarios en general, y los específicos de acuerdo con el panorama epidemiológico de la región a la que pertenezcan, para que no existan diferendos entre las mismas.
- *De uniformidad normativa para la prestación de los servicios,* al margen de la reglamentación específica que exista para cada Institución de acuerdo con el régimen al que pertenezca.
- *De equidad salarial,* para que se cumpla el precepto constitucional que dice: “a trabajo igual, salario igual”, y con los complementos pertinentes para cada región económica del país. Con esto se evitan prestadores de servicios de primera, segunda y tercera clase.
- *De equilibrio y respeto de las representaciones sindicales*, pues al tratar a todos los trabajadores con el mismo tabulador salarial y al tener todos los mismos beneficios laborales, se deberá uniformar la relación con los diferentes sindicatos que agrupan a los empleados de las diversas instituciones, sin menoscabo del respeto en la relación laboral que debe construirse y actualizarse con todos y cada uno de ellos.
- *De alcanzar un marco jurídico* (con reformas constitucionales y de leyes secundarias), para lo cual es menester hacer las modificaciones necesarias en las Leyes existentes para que *sea separada la Salud Pública de la Seguridad Social*, para poder definir correctamente la asignación per cápita que se requiere para el cuidado estricto de la salud, del conjunto de beneficios que implica el “constructo” de la Seguridad Social que incluye muchas prestaciones que no tienen relación directa con el cuidado de la salud. Esto implica modificar la Ley Federal del Trabajo, la Ley del IMSS, la Ley del ISSSTE, La Ley General de Salud y con ellas los reglamentos y normas correspondientes.
- *Para que el IMSS y el ISSSTE*, una vez reformadas sus Leyes respectivas se queden solo con la administración de todas las prestaciones que tienen conforme a sus leyes, excepto lo concerniente a la atención a la salud que pasará a formar parte expresa del *Sistema Nacional de Salud*, por lo que a partir de entonces estas Instituciones pasarían a estar sectorizadas a la Secretaría de Estado que se encargue de los beneficios sociales para todo tipo de ciudadanos, al margen de su condición laboral, política o social. Antes era la Secretaría de Desarrollo Social que actualmente es la Bienestar, y dado que el nombre es lo de menos, solo tienen que emitirse los Decretos correspondientes para la reasignación de funciones.
- Así, el sistema nacional de salud pasaría de tener un carácter eminentemente normativo y de constitución transitoria, pues una vez reformada la Ley General de Salud, se alzaría como un Organismo Público

Descentralizado, dependiente del Gobierno Federal y con representaciones en cada entidad federativa como *Sistemas estatales de salud* (al igual que el IMSS y el ISSSTE) y podría substituir a la actual Secretaría de Salud y encargarse también de las funciones relacionadas con la atención al ambiente y el control de los riesgos sanitarios y en general a todo lo concerniente a la salud de la población directa o indirectamente.

- *En la parte presupuestal*, solo se requiere voluntad política para reformar los programas y fuentes de financiamiento y así definir los orígenes de los fondos de cada una de las Instituciones, por un lado, las de Seguridad Social y por otro la de Salud ya integrada en todas las funciones inherentes.
- Por supuesto que continuarían los esquemas de financiamiento tripartita para el IMSS y el ISSSTE, pero transfiriendo las aportaciones de los trabajadores que corresponden a salud, al sistema nacional de salud. Para el caso del ISSSFAM, por razones de seguridad nacional deberá continuar como actualmente se encuentra en todas las vertientes estructurales y funcionales.

En resumen, el esquema propuesto con estas políticas públicas deberá funcionar de la siguiente forma:

Cualquier mexicano que tenga necesidad de cualquier servicio que sea prestado en cualquier nivel de atención, al margen de la Institución a la cual le corresponda legalmente la protección de su salud y de sus familiares, podrá acudir al establecimiento que le queda más cerca del lugar donde se encuentre en el momento que tenga la necesidad de atención.

Con una credencial de identificación única que deberá expedirle el sistema nacional de salud, donde se consigne la Institución que lo protege, además de los datos generales que se consideren pertinentes, la unidad que lo recibirá debiendo verificar su vigencia en un *archivo nacional de salud* para registrar su demanda de servicio y poder poner a disposición de aquellos que requiera, los *expedientes electrónicos familiares* del 100% de los mexicanos, protegidos con las medidas de seguridad cibernéticas más eficientes y actuales para el cuidado y secrecía de los datos personales, tal como sucede con la credencial del INE.

Para ello, cada médico del sistema nacional de salud deberá tener una clave personal de acceso al archivo y su huella digital quedará marcada en el uso de los expedientes, con las consabidas repercusiones legales en caso hacer mal uso de dicho recurso.

Luego de la interacción del usuario con el servicio, la emisión de prescripciones de recetas, estudios de auxiliares para el diagnóstico y recomendaciones diversas para complemento de su tratamiento, así como la necesidad de referencias de un nivel a otro de acuerdo con la índole y complejidad de cada padecimiento, deberá tener un trámite específico pero sencillo para el paciente.

Para el caso de los pacientes que deban hospitalizarse, el trámite que actualmente se hace continuará como norma, y le serán ofertados todos los servicios que disponga la unidad para su tratamiento ya sea médico o

quirúrgico, con el beneficio de tener dispuestos los auxiliares de diagnóstico y tratamiento exclusivos para ellos, como es el caso de farmacia general y especializado, laboratorio de análisis clínicos, gabinetes de imagenología y de tratamientos especiales como radioterapia, quimioterapia etc.

Hay que dejar muy claro que se dispondrán también todos los elementos necesarios para la atención hospitalaria de los pacientes, como es el caso de materiales quirúrgicos, de curación, productos biológicos, hormonales, y todo tipo de recursos indispensables para la atención integral del enfermo según el nivel de atención a que corresponda la unidad donde lo estén atendiendo.

Para el caso de los pacientes ambulatorios, las recetas las podrá surtir el paciente en cualquier farmacia particular fuera de la unidad, que haya realizado un convenio con el sistema nacional de salud, para proveer de los medicamentos genéricos prescritos, y que estén en un catálogo de productos amplio y suficiente para que represente el arsenal terapéutico de tipo farmacológico del personal médico del sistema.

Las farmacias podrán presentar al área administrativa del sistema nacional de salud para su cobro respectivo, todas las prescripciones que hubieran surtido en un lapso determinado. Lo mismo deberá suceder con las solicitudes de análisis de laboratorio y gabinete que deberán presentarse en los establecimientos privados que hayan firmado un convenio para la prestación de servicios de apoyo con el sistema nacional de salud, y el flujo del mecanismo administrativo de cobro será el mismo, que para las farmacias y demás establecimientos que en forma subrogada se dispongan para los pacientes.

Este sistema, permitirá sin lugar a duda hacer eficaz, eficiente y efectivo el funcionamiento de los servicios de salud tanto ambulatorios como hospitalarios y de urgencias, pues automáticamente se estaría aumentando la red de servicios al integrarse en un solo conjunto destinado para las mismas funciones, haciendo accesible, oportuna y expedita la atención de la salud de todos los mexicanos, sin importar su filiación y condición social.

Para el caso de los pacientes que requieran la expedición de una licencia médica en caso de incapacidad para cumplir con sus funciones habituales por un tiempo definido, los médicos de todas las unidades tendrán la oportunidad de expedirla con las mismas libertades y limitaciones para la atención ambulatoria y la atención hospitalaria, que para cada padecimiento se tiene establecido.

Deberá trabajarse con protocolos de diagnóstico y tratamiento que tengan algoritmos perfectamente definidos para que la atención sea normalizada en todas las unidades del país, independientemente del nivel al que correspondan, lo que dará certidumbre y garantía a la calidad de los servicios.

Exponemos nuestras dudas reales, respecto de que pudiera haber personas que no convengan con la simpleza y bondad de este esquema de provisión de servicios de salud, y aunque pudieran estar en desacuerdo con algunas repercusiones que pudiera haber en perjuicio de algunos intereses, creemos que estarían de acuerdo que este mecanismo de atención *si constituiría un*

verdadero cambio en el sistema de salud de México y sí lo elevaría a ser considerado uno de los mejores del mundo, por supuesto siempre y cuando, todo se haga con honestidad, responsabilidad, voluntad política y empeño de todos los actores que concursen…tanto en los ámbitos políticos, como en los administrativos, contables y operativos que resulten necesarios.

Debemos recordar que para lograr lo anterior, solo se necesita *voluntad política, mente abierta y el deseo ferviente de servir de la mejor manera* a la población, cumpliendo así con ese precepto constitucional de atender el *derecho a la salud de todos los mexicanos.*

Recordemos también que todos los obstáculos que pudieran poner los actores políticos y funcionarios de gobierno a esta propuesta ideal *podrían deberse solamente a la perversa intención de solo cuidar los intereses personales o gremiales, suyos, de alguien más, o de alguna minoría que pretenda beneficiarse con la situación actual absurda y kafkiana*.

Estamos totalmente seguros de que *cualquier mexicano común*, de mediana capacidad de comprensión, pero que requiera de los servicios de un sistema como este que proponemos para cuidar su salud y la de su familia, *estaría feliz y encantado de que las cosas fueran así de simples para recibir servicios* tal y como se describen en lo general, y no le importaría el "¿cómo?" tuvieran que lograrse.

Así que… ¡Señores gobernantes y legisladores…! Les invitamos respetuosamente para que si de verdad quieren cumplir la promesa de ofrecer un sistema de salud que realmente sea uno de los mejores del mundo, consideren nuestra propuesta sin animadversión alguna, pues aquí tienen la clave para conseguirlo… y solo tienen que analizarlo y desearlo sin pensar en conveniencias personales y sin querer inventar pretextos manidos para no hacerlo, pues ustedes ya demostraron que *"todo se puede lograr con voluntad política"*… tanto para bien como para mal, y con mayor razón ahora que tienen mayoría calificada en ambas cámaras y pueden hacer los cambios y ajustes legales e incluso constitucionales, que resultan necesarios para que funcione en forma inmediata y con el mayor de los beneficios, algo que lejos de representar polémica entre las fuerzas políticas, seguramente significará los cimientos para que la suma de esfuerzos se traduzca en un sueño perseguido incesantemente por la población de nuestro país, ya en forma consciente o en forma inconsciente en algunos casos.

De esa forma cumplirían con la frase célebre dejada para la posteridad por el gran libertador de América Simón Bolívar que dijo: «El sistema de gobierno más perfecto es aquél que produce la mayor suma de felicidad posible, con la mayor suma de seguridad social y la mayor suma de estabilidad política.» (Bolívar, S. 1819)

Todo aquel que analice con la mente abierta la propuesta que hacemos, con cordura y buena voluntad, además de hacerlo con calma para que no verse agobiado… se dará cuenta que es totalmente viable y factible, y que además resolvería esa ***deuda histórica del Estado para con el pueblo*** y que atendería un problema *de gran magnitud y trascendencia* de la población que se encuentra *enormemente vulnerable*.

La historia premia o sanciona los actos de los gobernantes tarde o temprano pues *a todo mundo es posible engañarlo durante un tiempo...pero nunca es posible engañarlo para siempre.*

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, C. H., & Chudnovsky, M. (2018). El sistema de salud en Argentina (The Health System in Argentina). Universidad de San Andrés, Documento de Trabajo.
- Álvarez Amézquita, J., Bustamante, M. E., López Picazos, A., & Fernández del Castillo, F. (1960). Historia de la salubridad y de la asistencia en México. Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- ANAFARMEX. (2024). Impacto de la mega farmacia en el sector farmacéutico minorista. Informe anual 2023.
- Aréchiga, E. (2007). Educación, propaganda o 'dictadura sanitaria': Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945. Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México, 33, 57-88.
- Atun, R., et al. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. The Lancet, 385(9974), 1230-1247.
  Banco Mundial. (2023). Evaluación del sistema de salud mexicano: Desafíos y oportunidades.
- Banco Mundial. (2018). *Evaluación del sistema de protección social de salud en México*.
- Barajas, R. (2023). Trazabilidad y seguridad en la cadena de suministro farmacéutico: El caso de la mega farmacia mexicana. Journal of Supply Chain Management, 59(4), 78-95.
- Barquín, M. (2016). Historia de la Medicina (8ª ed.). Méndez Editores.
- Barraza-Lloréns, M., Bertozzi, S., González-Pier, E., & Gutiérrez, J. P. (2002). Addressing inequity in health and health care in Mexico. Health Affairs, 21(3), 47-56.
- Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. Revista Panamericana de Salud Pública, 42, e126.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. D., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. Salud pública de México, 53, s132-s143.
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. Salud Pública de México, 57(5), 433-440.
- Beveridge, W. (1942). Social insurance and allied services (Cmd. 6404). His Majesty's Stationery Office.

- Boas, F. (1982). Race, language and culture. University of Chicago Press
- Bolívar, S. (1819). Discurso pronunciado en el Segundo Congreso de Venezuela, celebrado en la ciudad de Santo Tomás de la Nueva Guayana en la Angostura del Orinoco –actual Ciudad Bolívar- el 15 de febrero de 1819.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. Philosophy of Science, 44(4), 542-573
- Brock, D. W. (1988). Justice and the severely disabled: the problem of treatment thresholds. Ethical Issues in Modern Medicine, 4, 487-495
- Bustamante, Miguel E. (1982). "La fiebre amarilla en México y su origen en América". Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, México.
- Bustamante, M. E. (1982). "La viruela en México desde su origen hasta su erradicación". En E. Florescano & E. Malvido (Eds.), "Ensayos sobre la historia de las epidemias en México". México: IMSS.
- Bustamante, Miguel E. (1982). "La salud pública en México, 1959-1982". Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.
- Callahan, D. (2012). The WHO definition of health: A critical reading. Hastings Center Report, 42(2), 15-19.
- Campos-Navarro, R. (2001). La medicina novohispana, siglos XVI y XVII. En Historia general de la medicina en México (Tomo II). Universidad Nacional Autónoma de México
- Canguilhem, G. 1990. La salud: concepto vulgar o cuestión filosófica. Paris, Sables.
- Canguilhem, G. (1943). Lo normal y lo patológico. Siglo XXI Argentina Editores.
- CANIFARMA. (2023). Desafíos y oportunidades en la cadena de suministro farmacéutico en México. Reporte técnico
- Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., de Souza Noronha, K. V. M., ... & Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The Lancet, 394(10195), 345-356.
- Cetrángolo, O., & Goldschmit, A. (2018). Las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social para la salud en Argentina. Evolución y fragmentación. CEPAL.
- Cid, C., & Prieto, L. (2012). El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. Revista Panamericana de Salud Pública, 31, 310-316.
- CONEVAL. (2017). “Estudio sobre el proceso de descentralización en México 1997-2017”
- CONEVAL. (2022). "Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en Salud".
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2022). *Evaluación de la política social en salud 2018-2022*.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917). Congreso de la Unión.
- Córdova, J. A., Sarti, E., Arzoz-Padrés, J., Manuell-Lee, G., Méndez, J. R., & Kuri-Morales, P. (2009). The influenza A (H1N1) epidemic in Mexico. Lessons learned. *Health Research Policy and Systems*, 7(1), 21.
- Croxton, D. (1999). The Peace of Westphalia of 1648 and the Origins of Sovereignty. The International History Review, 21(3), 569-591.
- Cuenya, M. Á. (1999). *Puebla de los Ángeles en tiempos de una peste colonial: Una mirada en torno al matlazahuatl de 1737*. El Colegio de Michoacán/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
- Chávez Rodríguez, E. J., & Rodríguez Abrego, G. (2021). La desaparición del Seguro Popular: una política pública inconclusa. Revista CONAMED, 26(3), 146-154.
- Doubova, S. V., García-Saiso, S., Pérez-Cuevas, R., Sarabia-González, O., Pacheco-Estrello, P., Leslie, H. H., & Kruk, M. E. (2022). Transformation of the Mexican health system and its performance during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Health Policy and Planning, 37*(3).
- *Doyal, L., & Gough, I. (1984). A theory of human needs. Critical Social Policy, 4(10), 6-38.*
- Elías, E. (2024). "Logística y tecnología en la distribución centralizada de medicamentos". Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica, 45(2), 156-170.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129-136.
- Esposito, R. (2008). Bíos: Biopolitics and Philosophy. University of Minnesota Press.
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). State of Health in the EU: Denmark Country Health Profile 2019.

- (Estatuto Orgánico del Instituto de Salud para el Bienestar 2020), Art. 77 de la Ley General de Salud. México.
- Fajardo, G. (2004). *Del Hospital de Jesús a institutos, centros médicos y albergues. Historia de los hospitales de la Ciudad de México. 1521-2003*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fajardo, G., Carrillo, A. M., & Neri-Vela, R. (2002). *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1900-2000*. Organización Panamericana de la Salud.
- FAO. (2021). *Políticas alimentarias y nutricionales en México: Avances y desafíos*.
- Farfán Mendoza, G. (2009). *Los orígenes del Seguro Social en México: un enfoque neo institucionalista histórico*. UNAM.
- Fernández Varela, Héctor (1985). "Historia de la seguridad social para los trabajadores del Estado mexicano". México: ISSSTE.
- Flamand, L., & Moreno-Jaimes, C. (2023). Federalismo y política de salud en México: de la centralización a la descentralización y viceversa. *Revista de Política, Política y Derecho de la Salud, 48*(1), 27-54.
- Flamand, L., & Moreno-Jaimes, C. (2014). Seguro Popular y federalismo en México: Un análisis de política pública. CIDE.
- Foucault, M. (2007). Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France (1978-1979). Fondo de Cultura Económica.
- Frenk, J. (2023). "Reformas integrales vs. soluciones unidimensionales en sistemas de salud". Health Affairs en Español, 2(3), 112-125.

- Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2019). Health Systems in Latin America: The Search for Universal Health Coverage. Archives of Medical Research, 50(2), 79-83.
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. A., & Knaul, F. M. (2006). Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. The Lancet, 368(9546), 1524-1534.
- FUNSALUD. (2022). "Propuestas para fortalecer el sistema de salud mexicano".
- Gakidou, E., Lozano, R., González-Pier, E., Abbott-Klafter, J., Barofsky, J. T., Bryson-Cahn, C., Feehan, D. M., Lee, D. K., Hernández-Llamas, H., & Murray, C. J. (2006). Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card. The Lancet, 368(9550), 1920-1935.
- Gamio, M. (1916). Forjando Patria (Pro-Nacionalismo). México: Porrúa Hermanos.
- García Cruz, Miguel (1955). "La seguridad social en México: bases, evolución, importancia económica, social y política". México: IMSS.
- Gómez-Arias, R. D., & Nieto, E. (2014). Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 31, 733-739.
- Gómez Dantes, O.; Frenk, J. – La atención a la Salud en Mesoamérica antes y después de 1519.- Salud pública Méx vol.62 no.1
- Gómez-Dantés, O., et al. (2024). "The Mexican Health System: Achievements, Challenges, and Perspectives". The Lancet, 403(10332)
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México, 53*, s220-s232.
- González Block, M. A., et al. (2023). El camino de México hacia la cobertura universal de salud: Evaluando el impacto del INSABI. *Lancet Global Health, 11*(4).
- González-Block, M. A., Nigenda, G., Téllez, M., & González, L. M. (2011). *Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2007. Informe final*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- González-Block, M. A., Reyes-Morales, H., Cahuana-Hurtado, L., Balandrán, A., & Méndez, E. (2020). Revisión del sistema de salud de México. *Sistemas de Salud en Transición, 22*(2), 1-32.
- Gorry, C. (2019). Cuba's health system: hardly an example to follow. BMJ, 365, l1898.
- Grocio, H. (1625/1925). Del derecho de la guerra y de la paz [De jure belli ac pacis]. Editorial Reus.
- Gross, L. (1948). The Peace of Westphalia, 1648-1948. American Journal of International Law, 42(1), 20-41.

- Guevara Niebla, Josefina (1965). "La protección de la infancia en México: historia del INPI". México: INPI
- Gutiérrez, J. P., et al. (2014). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S., Dolci, G. F., & Hernández Ávila, M. (2014). Effective access to health care in Mexico. BMC health services research, 14(1), 186.
- Guzmán, J. (2008). De médicos y hechiceros en el México Prehispánico. Antropología. Revista Interdisciplinaria Del INAH,
- Hacking, I. (1986). Making up people. In T. C. Heller, M. Sosna, & D. E. Wellbery (Eds.), Reconstructing individualism: Autonomy, individuality, and the self in Western thought (pp. 222-236). Stanford University Press.
- Heller, A. (1986). Teoría de las Necesidades en Marx, Ediciones Península, Barcelona, Segunda edición,
- Hobbes, T. (2013). *Leviatán o la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil* (Fondo de Cultura Económica, Ed.). (Obra original publicada en 1651)
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2011). "Decentralization of health services: case studies in six Mexican states". Salud Pública de México, 53, s493-s503.
- Human Rights Watch. (2022). "México: Crisis de salud y derechos humanos".
- IMCO. (2022). "Índice de Competitividad en Salud".
- (IMSS 1995/ última reforma 2024) Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social. México
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2020). Informe anual de actividades 2020. Gobierno de México
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020-2024). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT).
- (ISSSFAM 2003/ última reforma 2019) Ley del Instituto de las Fuerzas Armadas. México
- (ISSSTE 2007/ última reforma 2024) Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado. México
- Juan López, M. (2024). "Análisis crítico de la centralización en la distribución de medicamentos". Revista de Investigación en Salud Pública, 5(2), 78-92.
- Jusidman-Rapoport, C. (2014). El derecho a la alimentación como derecho humano. Salud Pública de México, 56, s86-s91.
- Knaul, F. M., & Frenk, J. (2005). Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. Health Affairs, 24(6), 1467-1476.
- Knaul, F. M., et al. (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. The Lancet, 380(9849), 1259-1279.
- Knaul, F. M., et al. (2022). "The Quest for Universal Health Coverage: Evaluating Mexico's INSABI". Health Affairs, 41(3), 410-418
- Korsbaek, L., & Sámano-Rentería, M. A. (2007). El indigenismo en México: antecedentes y actualidad. Ra Ximhai, 3(1), 195-224.
- Kumate, Jesús. (1990). "La salud de los mexicanos: 1929-1950". El Colegio Nacional, México.
- Kuri-Morales, P., Galván, F., Cravioto, P., Zárraga Rosas, L. A., & Tapia-Conyer, R. (2006). Mortalidad en México por influenza y neumonía (1990-2005). Salud pública de México, 48, 379-384.
- Laurell, A. C. (2007). Health system reform in Mexico: a critical review. International Journal of Health Services, 37(3), 515-535.
- (LGS 1984/ última reforma 2024) Ley General de Salud. México
- Leal, G. (2013). "El sistema de salud en México: ¿requiere una transformación?". Revista Estudios, 11(106), 187-220.
- Levy, S. (2006). Progress Against Poverty: Sustaining Mexico's Progresa-Oportunidades Program. Brookings Institution Press.
- Locke, J. (2004). Segundo ensayo sobre el gobierno civil, Buenos Aires, Losada, [1589]
- López-Acuña, D. (1980). La salud desigual en México. Siglo XXI Editores.
- López-Arellano, O., & Blanco-Gil, J. (2001). "La modernización neoliberal en salud: México en los ochenta." Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- López Espinosa, G. J., & González Pérez, L. (2020). El sistema de salud cubano en tiempos de COVID-19: experiencias y desafíos. Revista Cubana de Salud Pública, 46, e2696.

- Maceira, D. (2020). El sistema de salud argentino: un análisis de su evolución histórica y perspectivas futuras. Revista de Salud Pública, 24(2), 72-92.
- Mandujano A. et al. (2003). "Historia de las epidemias en el México antiguo: algunos aspectos biológicos y sociales". Casa del Tiempo, vol. 5, núm. 53.
- Márquez, L. (1994). "La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México: el tifo y el cólera, 1813 y 1833". Siglo XXI Editores.
- Martínez Barbosa, X. (2005). "El Consejo Superior de Salubridad, órgano rector de la salud pública en México". Biblioteca de Historia de la Medicina de México, UNAM.
- Martínez Flores, V. (2018) De PRONASOL a la cruzada. ¿Qué hay de nuevo sobre coordinación? Instituto de Ciencias Sociales y Administración de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ), México.
- Martínez Ruiz, E. (2003). "Los soldados del Rey: Los ejércitos de la Monarquía Hispánica (1480-1789)". Editorial Actas, Madrid.
- Marx, K. (1867/1976). El capital: Crítica de la economía política, Volumen I. Penguin Books
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. Psychological Review, 50(4), 370-396.
- Massuda, A., Hone, T., Leles, F. A. G., de Castro, M. C., & Atun, R. (2018). The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis, and resilience. BMJ Global Health, 3(4), e000829.
- Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. Ciencia & Saúde Colectiva, 21, 109-118
- Ministry of Health Denmark. (2017). Healthcare in Denmark: An Overview. Copenhagen: Ministry of Health.
- Molina, A. (2016). "Guerra, tifo y cerco sanitario en la ciudad de México, 1813". Relaciones. Estudios de historia y sociedad, vol. 37, no. 148.
- Morales Azcárate, Rafael (1965). "La seguridad social para los trabajadores del Estado". México: ISSSTE.
- Moreno Cueto, Enrique et al. (1982). "Sociología histórica de las instituciones de salud en México". Ciudad de México: IMSS.
- Muriel, J. (1990). Hospitales de la Nueva España: fundaciones del siglo XVI (Tomo I). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas.
- Narro, J. (2023). "Desafíos logísticos en la implementación de la mega farmacia". Gaceta Médica de México, 159(4), 423-430.
- Nigenda, G., Alcalde-Rabanal, J., González-Robledo, L. M., Serván-Mori, E., García-Saiso, S., & Lozano, R. (2016). Eficiencia de los recursos humanos en salud: una aproximación a su análisis en México. Salud Publica de México, 58, 533-542.
- Nigenda, G., et al. (2003). "The Quest for Equity in Decentralized Health Systems: Mexico's Experience." Harvard Review of Latin America, 2(3), 40-43.
- Nigenda, G., Wirtz, V. J., González-Robledo, L. M., & Reich, M. R. (2015). Evaluating the implementation of Mexico's health reform: the case of Seguro Popular. Health Systems & Reform, 1(3), 217-228.
- Nordenfelt, L. (1995). Sobre la naturaleza de la salud. Dordrecht, Países Bajos: Académico Kluwer Editor.
- Nussbaum, M. C. (2011). Creating capabilities: The human development approach. Harvard University Press.
- OCDE. (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing.
- OCDE. (2023). "Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2023".
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU.
- Olejaz, M., et al. (2012). Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, 14(2), 1-192.
- Ordóñez, G. M. (2002). El Estado de bienestar en las democracias occidentales: lecciones para analizar el caso mexicano. Región y sociedad, 14(24), 99-145.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). "Informe sobre la respuesta a la COVID-19 en México".
- Organización Panamericana de la Salud. (2020-2024). Informes de situación para México.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Evaluación de sistemas de salud de Latinoamérica.

- Organización Panamericana de la Salud. (2022). "Evaluación de la estrategia de salud pública en México durante la pandemia de COVID-19".
- Ospina, J. M., Martínez Martín, F. L., & Pacheco García, O. E. (2016). Indicadores de salud pública en Colombia: avances, retos y perspectivas. Biomédica, 36(2), 175-179.
- Pedersen, K. M., Andersen, J. S., & Søndergaard, J. (2012). General Practice and Primary Health Care in Denmark. Journal of American Board of Family Medicine, 25(Suppl 1), S34-S38.
- Pérez, J., & Pérez, D. (2021). The Cuban Health System: Sustainability and Challenges in the Context of Global Changes. International Journal of Health Services, 51(2), 196-207.
- Poggi, G. (1990). The State: Its Nature, Development, and Prospects. Stanford: Stanford University Press.
- Reich, M. R., et al. (2023). "Health System Reform in Mexico: A Critical Review". Health Policy and Planning, 38(2), 129-140.
- Rivera, J. A., Sotres-Alvarez, D., Habicht, J. P., Shamah, T., & Villalpando, S. (2004). Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progresa) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study. Jama, 291(21), 2563-2570.
- Rodríguez-Sala, M. L. (2005). Del estamento ocupacional a la comunidad científica: astrólogos-astrónomos y médicos-cirujanos en la Nueva España del siglo XVI. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rose, N. (2007). The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century. Princeton University Press.
- Rousseau, J.J. (1996) El contrato social, México, Porrúa, [1762]
- Santos, L. M. P., & Costa, A. M. (2021). The Unified Health System in Brazil: The Challenges of Implementation. In Global Health (pp. 1-15). Springer, Cham.
- Sartre, J. P. (1995). Crítica de la razón dialéctica. In Crítica de la razón dialéctica
- Schaff, A. (1964). La filosofía del hombre. In La filosofía del hombre
- Schramme, T. (2007). A qualified defense of a naturalist theory of health. Medicine, Health Care and Philosophy, 10(1), 11-17.
- Secretaría de Salud. (2013). Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. México.
- Secretaría de Salud. (2018). Informe sobre la salud de los mexicanos 2018. México
- Secretaría de Salud. (2019). Programa Sectorial de Salud 2019-2024. Gobierno de México.
- Secretaría de Salud de México. (2019-2024). Informes anuales de labores.
- Soberón-Acevedo, G., & Martínez-Narváez, G. (1996). La salud en México: testimonios 1988. Desarrollo de los programas de salud. Salud Pública de México, 38(2), 139-147.
- Sosenski, S., & Jackson Albarrán, E. (Eds.). (2012). Nuevas miradas a la historia de la infancia en América Latina: entre prácticas y representaciones. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
- Soto Pérez, C. (2012). "Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social: los primeros años, 1943-1944". IMSS.
- Stevens, G., Dias, R. H., Thomas, K. J., Rivera, J. A., Carvalho, N., Barquera, S., & Ezzati, M. (2008). Characterizing the epidemiological transition in Mexico: national and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. Medicine, 5(6), e125.
- Tamez-González, S., & Valle-Arcos, R. I. (2005). "Desigualdad social y reforma neoliberal en salud." Revista Mexicana de Sociología, 67(2), 321-356.
- Titelman, D., Cetrángolo, O., & Acosta, O. L. (2015). La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. CEPAL Review.
- Torres Vaca, F.J. (2014) La salud pública en el México prehispánico. Una visión desde la salud pública actual. Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 17(1):48-60.
- Viesca-Treviño, C. (2018). La medicina mesoamericana en el momento del contacto. Revista de la Facultad de Medicina UNAM, 61(2), 36-41.
- Von Bertalanffy, L. (1968). General System Theory: Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller.
- Weber, M. (1977). Economía y sociedad. Fondo de Cultura Económica.